

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lucie Fantová

**Sebepoškozování u dospívajících
s traumatickým zážitkem**

**Self-harm of Adolescents With Traumatic
Experience**

Praha, 2021

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

Poděkování

V první řadě bych chtěla vyjádřit vděčnost své vedoucí práce Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D., která mi dávala nejen praktické rady k mé práci, ale i laskavou podporu a prostor k vlastnímu tempu její realizace. Stejně tak si velice vážím spolupráce s Dětským krizovým centrem a jeho paní ředitelkou PhDr. Zorou Duškovou, s jejímž expertním názorem na problematiku a ve mně vloženou důvěrou jsem měla možnost zrealizovat výzkumný projekt v tomto zařízení s dlouholetou praxí. Nedocenitelná byla i vstřícnost veškerého personálu centra, zvláště Mgr. Veroniky Andrtové, která mi s nekonečnou trpělivostí a všudypřítomným úsměvem odpovídala na všechny mé dotazy.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25.7. 2021



.....
Lucie Fantová

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je zmapovat charakteristiky sebepoškozování včetně jeho významu a vývoje v čase u dospívajících s traumatickým zážitkem v anamnéze. V literárně přehledové části je nejdříve přiblíženo vývojové období dospívání a jeho rizika pro rozvoj sebepoškozování. Dále je popsána problematika traumatizace, jejího diagnostického zakotvení a jejích neurobiologických dopadů. Následuje kapitola o samotném sebepoškozování, jeho formách, frekvenci, funkcích, etiologii a jeho souvislosti se suicidem. V závěru této části je nastíněna role resilience dospívajícího ve zvládnání dopadů traumatu a sebepoškozování. Na to navazuje výzkumný projekt kvalitativního charakteru vedený pod záštitou Dětského krizového centra a zahrnující soubor kazuistik, u kterých byly holisticky zhodnoceny všechny aspekty sebepoškozování a jejich vývoj v čase.

Klíčová slova

Dospívání; trauma; syndrom CAN; sebepoškozování; suicidium; resilience.

Abstract

The aim of this thesis is to map self-harm characteristics of adolescents with personal history of traumatic experience including the purpose and development of self-harm over time. First, in the theoretical section of this paper, the developmental stage of adolescence and its risks for engaging in self-harm is portrayed. Then, the topic of trauma, its diagnostic background and neurobiological impact is described, followed by chapter about self-harming itself, its forms, frequencies, functions, etiology and its association with suicide. By the end of this section the role of adolescent resilience in coping with the impact of trauma and self-harm is discussed. The follow up empirical research project of qualitative nature conducted under Dětské krizové centrum includes a set of case studies that were holistically evaluated for all aspects of self-harm and its development over time.

Keywords

Adolescence; trauma; child abuse neglect; self-harm; suicide; resilience.

Obsah

Úvod	7
Literárně přehledová část.....	8
1. Ontogenetický vývoj v období dospívání.....	8
1.1 Biologický vývoj v dospívání.....	9
1.1.1 Tělesné změny	9
1.1.2 Neurobiologické změny, vývoj mozku.....	10
1.2 Psychosociální vývoj v dospívání	12
1.2.1 Změny v myšlení	12
1.2.2 Změny v prožívání a emocích	13
1.2.3 Role socializace	15
1.2.4 Sociálně-kognitivní procesy	17
1.2.5 Sebepojetí a identita.....	18
1.3 Odlišnosti ve vývoji z hlediska pohlaví a genderu	20
2. Trauma.....	22
2.1 Psychodiagnostika reakce na trauma	23
2.2 Syndrom CAN a adverzní dětské zkušenosti	27
2.2.1 Adverzní dětské zkušenosti	27
2.2.2 Syndrom CAN	28
2.3 Neurobiologie působení traumatu	31
3. Sebepoškozování	35
3.1 Charakteristiky záměrného sebepoškozování.....	37
3.1.1 Formy	37
3.1.2 Funkce sebepoškozování	38
3.1.3 Repetitivní charakter sebepoškozování	39
3.2 Sebepoškozování a suicidium.....	40
3.3 Etiologie	41

3.3.1 Individuální/intrapsychické rizikové faktory.....	42
3.3.2 Environmentální rizikové faktory.....	44
4. Resilience v kontextu traumatu a sebepoškození u dospívajících.....	46
4.1 Psychologické intervence	47
4.2 Primární prevence.....	48
5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky	50
6. Design výzkumného projektu.....	51
6.1 Typ výzkumu.....	51
6.2 Metody získávání dat.....	52
6.3 Metody zpracování a analýzy dat	52
6.4 Etika výzkumu.....	53
7. Výzkumný soubor	55
8. Výsledky.....	56
8.1 Kazuistiky.....	56
8.2 Analýza fenoménů sebepoškození.....	66
8.2.1 Traumatická událost	66
8.2.2 Formy sebepoškození a nástroje.....	67
8.2.3 Trvání a frekvence sebepoškození.....	68
8.2.4 Akutní příčiny/spouštěče sebepoškození.....	69
8.2.5 Funkce sebepoškození	70
8.2.6 Suicidální tendence.....	71
8.2.7 Resilience ve zvládnutí sebepoškození.....	72
8.2.8 Vývoj sebepoškození v čase	73
9. Diskuse	75
Závěr.....	78
Seznam použité literatury	79
Seznam grafů.....	85

Seznam obrázků.....	86
Seznam zkratek.....	87

Úvod

Problematika sebepoškozování je aktuálně v psychologické obci čím dál častěji diskutovaným tématem. Sebepoškozování je nyní popisováno jako „trend“ mezi dospívajícími a uvažuje se o jeho stále se zvyšující prevalenci. Se sebepoškozujícími se klienty se běžně setkáváme při práci v Dětském krizovém centru a na jeho Lince důvěry, ale i mimo něj v oblasti klinické psychologie a v ambulantní i lůžkové psychiatrické péči. Hovoří se také o nesnadnosti zpracovávání daného tématu v rámci péče. Vzniká tak potřeba důkladného prozkoumání mechanismů sebepoškozování a jeho širších souvislostí pro lepší porozumění sebepoškozujícím se klientům/pacientům, a tím i zkvalitnění péče o ně. V klinicko-psychologické a psychiatrické oblasti navíc není v osobní anamnéze pacientů neobvyklá různá míra traumatizace. Nabízí se tedy i otázka, jakou roli zastává traumatická událost v sebepoškozování.

Literárně přehledová část této diplomové práce je rozčleněna do tří hlavních a jedné doplňující kapitoly. V první kapitole jsou přiblíženy okolnosti ontogenetického vývoje jedince v období dospívání, které neopomíjí kromě psychosociálního vývoje ani neurobiologický vývoj (s ohledem na jeho důležitou roli v kontextu traumatizace). Druhá kapitola se věnuje přímo traumatu, jeho zakotvení v diagnostických manuálech, představení problematiky adverzních dětských zkušeností a syndromu CAN a v návaznosti na předchozí kapitolu i neurobiologii působení traumatu na jedince. Ve třetí velké kapitole jsou shrnuty dosavadní poznatky o sebepoškozování, jeho charakteristikách, funkcích a etiologii. V závěrečné kapitole této části je popsána role resilience dospívajících ve zvládání traumatu a sebepoškozování. Výzkumná část práce obsahuje soubor kazuistik, na jejichž základě jsou popsány jednotlivé charakteristiky sebepoškozování, dynamika jeho vývoje v čase, jeho souvislost s traumatickým zážitkem a také se suicidálním jednáním.

Literární prameny této práce se skládají z několika málo přehledových učebnic na daná témata, doplněny jsou o co nejvíce aktuální (převážně zahraniční) vědecké poznatky, jež jsou často v podobě systematických review či metaanalýz, a celosvětově používané diagnostické manuály. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Ontogenetický vývoj v období dospívání

Pro porozumění tématu sebepoškozování považuji za nutné nejdříve znát kontext ontogenetického vývoje jedinců, kteří se nejčastěji sebepoškozují. Z metaanalýz vyplývá, že nejvyšší prevalence sebepoškozování je spojována s vývojovým obdobím adolescence (Swannell et al., 2014). Průměrný věk, ve kterém sebepoškozování začíná, je 13 let (Gillies et al., 2018).

Stejně tak je kontext ontogenetického vývoje důležitý pro porozumění traumatu. Putnam (2006) rozlišuje dvě oblasti vývoje, ve kterých jsou patrné důsledky traumatu (hlavně u syndromu CAN) – neurobiologický vývoj a psychosociální vývoj. Z výzkumů vyplývá, že dopady traumatu se liší v závislosti na vývojovém období, ve kterém se jedinec při zážitku traumatu nachází. Jinými slovy, traumatizace v dospělosti nemá totožné dopady na život jedince jako traumatizace v dětství či dospívání (Cisler & Herringa, 2021). Myslím si tedy, že je přínosné si uvědomit, čím vším si adolescent prochází – tělesně i psychicky, bez zátěže traumatem a s nadměrnou zátěží.

V první řadě je nesnadné kvůli značné intraindividuální i interindividuální variabilitě vymezit samotné období dospívání (Langmeier & Krejčířová, 2006). Nicméně se pokusím s pomocí základní literatury načrtnout alespoň jakýsi „obrys“ adolescenta. Z hlediska věku můžeme za počátek dospívání považovat věk přibližně okolo 11 let s koncem až kolem 20. roku života (Vágnerová, 2000). Z **biologického hlediska** lze období dospívání ohraničit z jedné strany prvními známkami pohlavního dozrávání (viditelnost sekundárních pohlavních znaků) a akcelerací růstu (Langmeier & Krejčířová, 2006). Ze strany druhé dosažením pohlavní zralosti, tzn. plné připravenosti k reprodukci (uterus dorůstá kolem 20 let, testes o něco málo později) a ukončením tělesného růstu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Biologické změny spouští množství **psychických změn**, a to zejména v oblastech emočního prožívání, kognitivních schopností, vnímání, sebepojetí a ve všech složkách osobnosti (Blatný, 2016; Vágnerová, 2000). Velkou roli zastává i sociální dozrávání – změna vztahu k rodičům, skupinová identita, přijímání norem chování aj. (Blatný, 2016; Vágnerová, 2000). Všechny změny spojené s dospíváním působí do jisté míry paralelně

a na sobě navzájem závisle a často mezi nimi dochází k diskrepanci (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescenti postupně ztrácí své životní jistoty a musí dosáhnout stabilizace za nových podmínek (Vágnerová, 2000).

Vzhledem k tomu, že se jedná o vývojově velmi výrazné období plné extrémních změn, bývá v literatuře rozdělováno na dvě fáze (Blatný, 2016; Vágnerová, 2000):

1. **Pubescence / raná adolescence** – trvá přibližně do 15 let (s individuální variabilitou), kde největším tématem je tělesné, obzvláště pohlavní, zrání;
2. **Adolescence / pozdní adolescence** – přibližně do 20 let (s individuální variabilitou), které dominuje dospívání v sociální sféře.

Přestože počátky sebepoškozování můžeme spojovat s ranou adolescencí, sebepoškozování následně pokračuje a vrcholí v pozdní adolescenci (Pfeifer & Allen, 2021).

1.1 Biologický vývoj v dospívání

Dospívání je charakteristické dramatickými změnami v tělesném i neuroendokrinním systému s dopady na exekutivní funkce, socioemoční procesy a emoční regulaci (Cisler & Herringa, 2021). Hormonální výkyvy a na ně navazující tělesné zrání mají také vliv na vývoj mozku, sociální kognici a sociální vztahy, jež se ukazují jako rizikové pro poruchy nálad a úzkostné poruchy (Pfeifer & Allen, 2021). Přijde mi proto zásadní pro komplexní pochopení tématu nastínit i biologické procesy, které naši psychiku tak významně ovlivňují.

Nejdříve zmíním tělesné změny v dospívání a rizikové faktory rozvoje různých duševních onemocnění a mj. i sebepoškozování s nimi spojené. Dále krátce přiblížím okolnosti neurobiologického vývoje v tomto období, které hrají významnou roli v emoční reaktivitě i výsledném chování dospívajících.

1.1.1 Tělesné změny

Tělesné dospívání je řízeno do určité míry geneticky, ale nabývá pro adolescenta různý význam v souvislosti s jeho psychickou vyspělostí a se sociálními reakcemi na ni (Vágnerová, 2000). Jedná se především o **růst postavy** a **sekundárních pohlavních znaků**, celkovou proměnu proporcí a funkci pohlavních orgánů (Vágnerová, 2000). Zvláště ta fáze vývoje, která spočívá v sexuálním dozrávání, má vliv na to, jak jsou dospívající vnímáni okolím i jak vnímají sebe sama (Pfeifer & Allen, 2021). Je spojena s růstem sekundárních pohlavních znaků a může se zdát, že jejím cílem je pouhá reprodukce, ale zahrnuje i širší

rozsah sociálních procesů, jako je například sdělování sexuálních pocitů, citlivost k sociálnímu statusu, intimní přátelství a romantické vztahy (Pfeifer & Allen, 2021).

Se zaměřením se na vlastní tělo jde ruku v ruce i pozornost adolescenta na celkovou **úpravu zevnějšku** (oblečení, úprava vlasů, líčení), jehož význam je primárně sociální – adolescent se porovnává se standardem atraktivity ve své vrstevnické skupině, tíhne k uniformitě a je pln pochybností o svém vzhledu (Vágnerová, 2000). Se vzhledem souvisí i sociální akceptace a prestiž – sociální status se s konvenční atraktivitou zvedá (Vágnerová, 2000). Spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem je základním kamenem sebevědomí (Vágnerová, 2000). Pokud převažuje nespokojenost, ať už kvůli funkčnímu, či estetickému handicapu, adolescent zažívá pocity zklamání, úzkosti, případně agrese vůči viníkovi, ale i **autoagrese** (Vágnerová, 2000).

Problematickou se stává také situace, kdy je psychické zrání oproti tělesnému opožděné (Vágnerová, 2000). Dochází k tzv. adultifikaci – dospívající jsou vnímáni jako starší a méně nevinní, než ve skutečnosti jsou, na což vývojově nejsou připraveni, a mohou být více vystavováni rizikovému obsahu (Pfeifer & Allen, 2021). Na druhou stranu opačný případ, tedy opožděné sexuální dozrávání oproti psychickému zrání, vede k vnímání jedince společností jako infantilního a nezralého, kvůli čemuž často získává podřízenou roli, i když se s rolí dítěte již neztotožňuje (Vágnerová, 2000).

1.1.2 Neurobiologické změny, vývoj mozku

O mozku je obecně známo, že se non-lineárně vyvíjí a mění v průběhu celého ontogenetického vývoje jedince. Zrání šedé kůry mozkové následuje po sekvenci funkčního zrání: nejdříve primární senzomotorická kůra spolu s frontálním a okcipitálním pólem, dále zbytek mozku ve směru „odzadu dopředu“ (Gogtay et al., 2004). Zároveň toto zrání odpovídá jeho evolučnímu fylogenetickému vývoji, od fylogeneticky starších, subkortikálních oblastí k novějším (Gogtay et al., 2004).

Současně dochází k:

- **myelinizaci axonů**, a tím k přibývání bílé hmoty mozkové, což vede ke zrychlování zpracování informací mezi kortikálními oblastmi;
- **synaptickému prořezávání** – přerušování nepoužívaných neurálních spojení, a tím mj. k úbytku šedé kůry mozkové, což zvyšuje ohniskovou aktivaci těch oblastí mozku, které jsou využívány více (Evans-Chase, 2014).

Tento proces se nazývá **apoptóza**, je determinován životními zkušenostmi a právě díky němu se mozek může vyvinout mnoha různými směry (Putnam, 2006). Zrání mozku je tedy, mimo výkyvy typické pro dospívání (v rámci standardního vývoje), senzitivní k prostředí – reaguje na prožité události (Evans-Chase, 2014).

Putnam (2006) hovoří o tzv. senzitivních vývojových periodách jakožto o časových úsecích, ve kterých se nejsnadněji rozvíjí určitá funkce či schopnost mozku. Pokud je promeškána, lze ji jen složitě dodatečně rozvinout. To platí pro fyzické, mentální i sociální schopnosti – ne že by byl jedinec o tyto schopnosti po promeškání senzitivní vývojové periody zcela ochuzen, ale již například nemůže dosáhnout jejich maximální kapacity (Putnam, 2006).

Pro téma sebepoškozování i traumatu jsou významné mozkové oblasti **amygdaly a hipokampu**, které se non-lineárně vyvíjí specificky s věkem a jsou funkčně zodpovědné za: a) vznik epizodických vzpomínek; b) přisuzování emočního náboje těmto vzpomínkám (obzvláště strachu, agrese či úzkosti); a tím c) rozpoznání a budoucí vyhnutí se hrozbám (Uematsu et al., 2012). Při standardním vývoji dochází nejdříve k jejich zásadnímu objemovému výkyvu v prvních několika letech života, což považuji za velmi důležité v souvislosti s traumatizací dětí v raném věku, a vrcholného objemu tyto oblasti dosahují již v období pubescence (9–11 let; Uematsu et al., 2012). Průměrně, i když s velkou interindividuální variabilitou, amygdala v první polovině dospívání (cca do 14 let) zvětšuje svůj objem asi o 7 %, po 14. roce už signifikantní strukturální změny nebyly zaznamenány (Andrews et al., 2021). Evans-Chase (2014) v souvislosti s vývojem amygdaly v adolescenci také popisuje její typicky sníženou aktivitu ve funkci vyhýbání se hrozbám a nebezpečím – nebezpečí se zdají být méně „odpudivá“ a hrozivá.

Dále bývá z neurobiologického pohledu v souvislosti s dospíváním jmenován **prefrontální kortext** (zejména jeho mediální a ventrolaterální část a anteriorní cingulární kůra), který zajišťuje schopnost komplexních vědomých rozhodnutí, řídí limbický systém, obsahuje osobnostní vlastnosti jedince a je sídlem exekutivních funkcí (Evans-Chase, 2014; Pfeifer & Allen, 2021). Dozrává později v adolescenci až v mladé dospělosti (Uematsu et al., 2012). S maturací prefrontálního kortextu se:

- a) rozvíjí kognitivní funkce jako inhibice reakcí, plánování, zvažování rizik a odměn a používání více zdrojů informací simultánně;

- b) zlepšuje koordinace s limbickým systémem – schopnost seberegulace přání limbického systému na základě kognitivního vyhodnocení v prefrontálním kortexu (Evans-Chase, 2014).

Přirozená dřívější maturace subkortikálních oblastí před prefrontálním systémem je uváděna jako jedna z příčin **riskantního chování** (e.g. sebepoškozování) v dospívání (Auerbach et al., 2021). Tento pozdější rozvoj zejména fronto-parietálních oblastí totiž vede k pozměněné senzitivitě mozku v subkortikálních oblastech (amygdale a striatu) v pubertě, což částečně vysvětluje rapidní nárůst afektivních poruch (a mj. i PTSP) v dospívání (Cisler & Herringa, 2021). Dle výzkumů funkčními zobrazovacími metodami během dospívání s věkem klesá reaktivita amygdaly na negativní obličejové a obrazy a zároveň se zesiluje její strukturální i funkční propojení s (mediálním) prefrontálním kortexem (Cisler & Herringa, 2021).

Další změny lze u dospívajících sledovat v **limbickém systému** spolu s prefrontálním kortexem, kde můžeme zaznamenat **zvýšenou hladinu dopaminu** (tzv. „odměnového“ hormonu) s funkcemi potěšení, nutkání, modulace strachu a s rolí v závislostech (Blatný, 2016). V pubertě můžeme zaregistrovat náhlé a dramatické dopaminergní změny – zvyšuje se aktivita dopaminu v nucleus accumbens, díky čemuž se odměny zdají být více stimulující a hodnotné, a to obzvláště za přítomnosti vrstevníků (Evans-Chase, 2014).

1.2 Psychosociální vývoj v dospívání

Tělesný a (neuro)biologický vývoj úzce souvisí s vývojem psychosociálním. Okolnosti psychosociálního vývoje jsou dle aktuálních studií základnou rozvoje nejružnějších psychických obtíží, včetně sebepoškozování. Klíčová témata psychosociálního vývoje v dospívání zahrnují změny v myšlení, změny v prožívání a emocích, role socializace, a nakonec téma sebepojetí a identity.

1.2.1 Změny v myšlení

V otázce myšlení dospívajících dochází k zásadním změnám hlavně ve schopnosti **abstraktního uvažování** – adolescent začíná uvažovat i hypoteticky, vytváří domněnky bez nutnosti opory v reálné skutečnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000). Dochází tedy k přesunu od pochopení světa takového, jaký je, k uvažování o tom, jaký by tento svět mohl a měl být (Vágnerová, 2000). Dle Piageta mluvíme o stádiu hypoteticko-deduktivního nebo **formálního myšlení** (Piaget & Inhelder, 2001). Jedinec

v tomto období dokáže zvažovat mnoho různých možností – při řešení problémů se nespokojí s jedním řešením, ale zvažuje, systematicky zkouší a hodnotí i alternativní řešení (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000). Adolescent polemizuje a dokáže své myšlenky kombinovat a integrovat (Vágnerová, 2000). Další novou charakteristikou v myšlení je jeho schopnost „*myslet o myšlení*“ (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Výše zmíněné dovoluje adolescentovi **kriticky** uvažovat – rozlišit domněnku a prokázaný fakt, přehodnotit skutečnosti a nahrazovat za lepší (Langmeier & Krejčířová, 2006). Má však tendenci své pokroky v myšlení přeceňovat, a tak nabývá dojmu, že dokáže vše snadno vyřešit, i když mu často chybí dostatek zkušeností (Vágnerová, 2000). Také je již schopen zobecnit některé principy fungování světa a pochopit řád fungování společnosti, na kterém pak lpí (Vágnerová, 2000). Dochází u něj k posunu od soustředění se na současnost k **budoucnosti** – o té také často uvažuje na hypotetické úrovni (Vágnerová, 2000). Vytváří si ideál o tom, jaký svět a poměry v něm mohou být, z čehož plyne častá kritičnost, nespokojenost, ale i zklamání (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V myšlení také můžeme sledovat prvky **egocentričnosti** adolescentů. O prožitých zkušenostech přemýšlí jako o jedinečných, které nikdo jiný náležitě nepochopí (Blatný, 2016). Také se mohou objevit osobní fabulace typu „to se mi nemůže stát“ (Blatný, 2016). K tomu se váže také jejich vztahovačnost – projev nezralého a nevyrovnaného sebevědomí (Vágnerová, 2000). Tyto projevy lze ale považovat za obranu před nejistotou (Vágnerová, 2000).

Teprve v průběhu období dospívání získávají adolescenti schopnost porozumět cizím názorům a paralelně s tím se učí empatii (Vágnerová, 2000). Nabývají schopnosti nového morálního hodnocení s ohledem na druhé – jsou tak více schopni jednat recipročně, na čemž stojí jejich pojetí spravedlnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.2.2 Změny v prožívání a emocích

V literatuře se uvádí, že jsou **emočně labilní**, tedy že jejich nálada kolísá a že reagují přecitlivěle i na běžné podněty (Vágnerová, 2000). Nestabilita v emočním ladění je podmíněná silně biologicky – jednak hormonálními výkyvy, ale také již výše zmíněným dozráváním amygdaly před frontotemporálním kortexem. Tento nevyrovnaný vývoj center v mozku pro regulaci emocí a chování stojí za nedostatkem sebeovládání a přehnanými

reakcemi (Blatný, 2016). Přehlcení emocemi a impulzivnost adolescentů se pak dá vysvětlit změnami v limbickém systému (Blatný, 2016).

Prakticky to vypadá tak, že adolescent sám nemá své emoce pod kontrolou, a tak se velmi lehko rozpláče, rozzlobí apod. Tyto výkyvy ho samotného překvapí, jelikož nedokáže přijít na jejich příčinu, a je frustrovaný ze své neschopnosti je ovládnout (Vágnerová, 2000). Zároveň bývají adolescenti **úzkostnější** a mají sklon k ruminaci (Blatný, 2016). Vzhledem k zvýšené emoční reaktivitě se dospívající často stává terčem kritiky, což posiluje jeho vnitřní nejistotu, a on se tak stává více vztahovačným (Vágnerová, 2000). To všechno vede k celkovému **zhoršení nálady** adolescenta a ke změnám v jeho chování, což je sociálně odsuzováno a často vede ke konfliktům a jiným potížím v mezilidských vztazích (Vágnerová, 2000). Není potom divu, že se adolescent stává uzavřenějším a snaží se své city skrývat (Vágnerová, 2000).

Pro období rané adolescence je typické využívání méně adaptivních a více maladaptivních strategií emoční regulace, jako například ruminace, vyhýbavost či suprese (Andrews et al., 2021). Rizikovou oblastí je v adolescenci typicky **snížená obava zkoušet nové** aktivity, experimentovat, která je biologicky podmíněna zvýšenou hladinou dopaminu (Blatný, 2016). V konečném důsledku může ústít až v různé sexuálně přenosné choroby, neočekávaná těhotenství, ale také experimenty s návykovými látkami, poruchy příjmu potravy a nakonec narůstá i míra suicidality a s ní souvisejícího sebepoškozování (Blatný, 2016).

Studie Papachristou & Flouri (2020) se zabývala riziky rozvoje nepříznivých emočních a behaviorálních výstupů v rané adolescenci (e.g. deprese, sebepoškozování, užívání drog a problémy s policií) na základě tendence k internalizujícím (emočním) či k externalizujícím (behaviorálním) symptomům v dětství a mladším školním věku s přihlédnutím k širší rodinné i sociokulturní anamnéze. Zjistili, že riziko sebepoškozování a také užívání drog je vyšší u těch dospívajících, kteří v dětství nejdříve vykazovali nízké, ale později se zvyšující internalizující symptomy a zároveň u jejichž matek byl zaznamenán vysoký psychický distres, a tudíž byly samy v riziku rozvoje deprese. Na druhou stranu na základě externalizujících symptomů v dětství se nedalo spolehlivě usuzovat na budoucí potíže v dospívání.

1.2.3 Role socializace

Jedním z úkolů dospívání je získání akceptovatelné pozice ve společnosti (Vágnerová, 2000). Výše zmíněné tělesné změny se stávají také sociálními kompetencemi. Patří sem již zmiňovaná atraktivita, dále také výška postavy – smazává se rozdíl mezi dospívajícími a dospělými, což mění vztah s autoritou, nebo fyzická síla a obratnost jako znak samostatnosti (především u chlapců) (Vágnerová, 2000).

S koncem povinné školní docházky si adolescent vybírá své budoucí směřování, které bude podkladem jeho sociálního postavení (Vágnerová, 2000). Kromě dřívější fantazie „čím chci být“ je nucen brát v úvahu také své schopnosti, školní prospěch, podmínky přijetí do dalšího studia či práce a je ovlivněn mj. osobami ze svého okolí, které vykonávají určitou pracovní činnost a které se stávají jeho modely (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dalším sociálním mezníkem, kterého během dospívání dosahujeme, je plnoletost (Vágnerová, 2000).

Vnímám, že zmiňované tělesné i psychické změny by dospívajícím jedincem mohly být interpretovány různě, a to v závislosti na reakcích jeho sociálního okolí. Považuji za zásadní vždy uvažovat v konkrétním sociokulturním kontextu dospívajícího jedince. Obecně se dá říci, že se v rámci socializace během dospívání zabýváme dvěma základními tématy: 1. emancipací od rodiny; 2. navazováním vztahů s vrstevníky.

Rodina

Je zcela běžné (a pro rodiče mnohdy těžko překonatelné), že se dospívající jedinec (již ne dítě) postupně **osamostatňuje** od své závislosti na **rodině**, a naopak u něj na významu získávají vrstevníci a navazování prvních romantických vztahů (Vágnerová, 2000). Odstup od rodičů bývá velmi výrazný – probíhá buď postupně, nebo s náhlými výbuchy (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dospívající přestávají s rodiči sdílet své myšlenky a prožívání, přehnaně zdůrazňují rozdílnost názorů, zájmů i hodnot mezi rodiči a novými osobami, vadí jim jejich starostlivost, rady i kontrola, jsou vůči nim zvýšeně kritičtí a stydí se za jejich projevy lásky (Blatný, 2016; Langmeier & Krejčířová, 2006). Rodičům a jejich nerozumnému chování přisuzují i své afekty (Langmeier & Krejčířová, 2006). V určitých situacích tyto obrany před úzkostí a nejistotou dospívajícího jedince mohou přetrvat jako rys jeho osobnosti, dokonce mohou přispět ke vzniku patologických symptomů (Langmeier & Krejčířová, 2006). Na druhou stranu adolescenti od rodičů potřebují podporu a možnost se na ně obrátit v nesnázích, rodiče zůstávají jejich

základním zdrojem sociální opory (Blatný, 2016; Langmeier & Krejčířová, 2006). Kvalita rodinných vztahů má také velký dopad na psychické zdraví adolescenta – podpora rodiny rizika zmírňuje, zatímco konflikty v rodině rizika zvyšují (Pfeifer & Allen, 2021).

Vrstevníci

Ze sociálních procesů se v období dospívání jeví jako nejpodstatnější vrstevnické vztahy a s nimi spojená témata **odmítnutí vrstevníky, blízká přátelství a romantické** (až intimní) **vztahy** (Pfeifer & Allen, 2021).

Pro toto období je typická zvýšená náchylnost k ovlivnění vrstevníky a zároveň přecitlivělost dospívajících jedinců k sociálnímu odmítnutí, což v této kombinaci zvyšuje pravděpodobnost chování jak **prosociálního** (e.g. dobrovolnictví či charitativní úkony pozorované u vrstevníků), tak i **riskantního**, a to specificky v přítomnosti vrstevníků – nejvíce těch s vysokým statusem ve skupině či nejbližších přátel (Andrews et al., 2021). Být součástí kýžené vrstevnické skupiny je jedna ze základních potřeb adolescenta – pro přijetí do skupiny, ale i pro udržení či získání určitého sociálního statusu ve skupině bývá nutná silná konformita a s ní spojené častější riskantní chování, jehož cílem je **vyhnoutí se sociálnímu zavržení** (Blatný, 2016; Andrews et al., 2021). Chronická vztahová viktimizace a interpersonální stresory, obzvláště zavržení vrstevníky, je do velké míry asociováno se sebepoškozováním (Pfeifer & Allen, 2021).

Blízká přátelství se objevují již od dětství, ale těžiště jejich tvoření a posilování leží v dospívání – zejména (ale ne exkluzivně) dívky v tomto období mívají vysokou potřebu blízkých přátelství, která, pokud není naplněna (kamarádské vztahy v začátku tohoto období často nejsou příliš stabilní), bývá podkladem psychických obtíží, jako je depresivita a sebepoškozovací chování (Blatný, 2016; Pfeifer & Allen, 2021). Tak jako sebeodhalování vede ke zvýšení intimity mezi přáteli, zde vzniká potenciální problém „*ko-ruminace*“, která může mít za následky záměrné sebepoškozování, až suicidalitu (Pfeifer & Allen, 2021). Podpůrná blízká přátelství jsou však považována za protektivní faktor a mohou zmírňovat škodlivé působení negativních rodinných vztahů na psychické zdraví a zvyšovat sebehodnocení a dlouhodobý well-being (Pfeifer & Allen, 2021).

V období dospívání se i v souvislosti s hormonální bouří stává velkým tématem nová a stresující otázka **sexuality** a prvních **partnerský vztahů** (Pfeifer & Allen, 2021; Langmeier & Krejčířová, 2006). Způsoby sexuálního chování vychází ze sociálního

prostředí včetně výchovy a kulturních norem adolescentů (Langmeier & Krejčířová, 2006). V dospívání jsou často rozšířeny autoerotické praktiky, nejčastěji v tomto období dochází k prvnímu pohlavnímu styku (i když ne výlučně v něm), který následně bývá spíše jednorázový nebo málo častý (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescenti se orientují na romantické vztahy a nezávazné sexuální vztahy přináší často distres, pokud se nevyvinou v očekávaný romantický vztah (Pfeifer & Allen, 2021). S prvními romantickými vztahy se pojí zklamání a odmítnutí, která jsou dalším častým podkladem rozvinutí psychických obtíží – od depresivních symptomů až po sebepoškozování a riziko sebevraždy (Pfeifer & Allen, 2021).

1.2.4 Sociálně-kognitivní procesy

Úspěšná orientace v sociálním prostředí je závislá na množství kognitivních procesů, zejména na **mentalizaci**, tzn. schopnosti interpretovat psychické stavy, pocity a jednání druhých, a **resistenci vlivu** vrstevníků nebo **emoční regulaci** (Andrews et al., 2021). Vývojové změny (například v důsledku traumatu) v těchto procesech a v subkortikálních oblastech mozku, které s nimi úzce souvisí, mohou zvyšovat riziko rozvoje duševních onemocnění (Andrews et al., 2021). Sociální procesy považují za důležité i z neurobiologického hlediska autoři metaanalýzy Pfeifer & Allen (2021) – mluví o vývoji tzv. **sociálního mozku** a rozvoji sociální kognice, kterých se do určité míry týká i pro adolescenty významné téma sebepojetí. Sociální mozek je jednou z nejpozději zrajících struktur mozku a jedná se o síť oblastí (specifická místa v prefrontální, frontální a temporální oblasti, oblasti amygdaly a insuly), která se zapojuje při rozpoznávání, porozumění a interpretaci sociálních vodítek od druhých (Andrews et al., 2021).

O **mentalizaci** v dospělosti je známo, že při uvažování o intencích a přesvědčeních druhých lidí (kognitivní teorie mysli) je více zapojováno temporoparietální spojení v mozku a v otázkách emocí a preferencí (afektivní teorie mysli) je více zapojen prefrontální kortex (Andrews et al., 2021). Tento vzorec zapojení se ale mění během období adolescence, dokonce se uvažuje o tom, že v tomto období dospívající dost možná využívají zcela odlišných kognitivních strategií v uvažování o záměrech druhých, nejspíše v souvislosti s teprve zrající schopností inhibiční kontroly (Andrews et al., 2021). Adolescenti méně zdatní v mentalizaci (e.g. i v porozumění sociálním situacím ve filmu) bývají osamělejší a **odmítaní vrstevníky** (Andrews et al., 2021). Tato zhoršená schopnost mentalizace se váže k poruchám nálad s recipročním charakterem – je příčinou i důsledkem internalizujících poruch (Andrews et al., 2021).

Schopnost mentalizace je také klíčovým faktorem ve vývoji adekvátní schopnosti emoční regulace – dospívající dobře přijímání vrstevníky vykazují adaptovanější emoční regulaci a jsou v menším riziku rozvinutí internalizujících symptomů, zatímco sociální odmítání je asociováno s narušenou regulací emocí a je rizikovým faktorem pozdějšího rozvinutí poruch nálad, jako je deprese či úzkost (Andrews et al., 2021). Také se ukazuje, že v mozku sebepoškozujících se adolescentů dochází k odlišné reakci při sociálním vyloučení (konkrétně v oblastech mediálního a ventrolaterálního prefrontálního kortexu, oblasti striata a insuly) (Pfeifer & Allen, 2021).

1.2.5 Sebepojetí a identita

Významnou kapitolou v dospívání je postupný rozvoj sebepojetí, osobní identity, potažmo základ budoucí osobnostní charakteristiky jedince. Erikson (2015) v souvislosti s dospíváním mluví o období konfliktu identity versus zmatení rolí – jde o fázi hledání a rozvoje identity. S vývojem se zvyšuje nesmělost, ale také sebeuvědomění a sebeodhalování (Pfeifer & Allen, 2021). Dospívající se snaží o hlubší **sebepoznání** – poprvé začíná používat metodu introspekce, zabývá se sám sebou mnohem více než v dřívější vývojové fázi a nestačí mu pouze aktuální sebepojetí, ale pokouší se vymezovat i do budoucna, hypoteticky, ve shodě se souběžným vývojem abstraktního myšlení (Vágnerová, 2000). Nejedná se pouze o pasivní sebezpozorování, ale i o aktivní experimentování s různými postoji, grimasováním, rukopisem a střídáním zájmů (Langmeier & Krejčířová, 2006). Učí se poznávat své možnosti a hranice, přijmout své nedostatky (Langmeier & Krejčířová, 2006). Vytváří si ideální představu sebe sama za použití fantazie a obsahující i výkonové charakteristiky, které často mění a s cílem dosáhnout této ideální představy („být sám sebou“) formuje všechny své projevy (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000).

Součástí adolescentovy rozvíjející se identity je také vlastní zevnějšek, který je hodnocen jím samým i ostatními – velké změny v tělesných proporcích bývají citlivě prožívány a kvůli zvýšené sebekritičnosti i emoční nestabilitě běžně ústí až ve ztrátu sebejistoty (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000). Dospívání je obdobím plným nejistot, které se promítají mj. do výkyvů v **sebehodnocení** adolescentů – obzvláště u dívek často vede k jeho **snížení** (Pfeifer & Allen 2021; Vágnerová, 2000). Jedinci s nízkým sebehodnocením mají tendenci nacházet i ty nejmenší vady a odchylky a jejich nespokojenost může nabýt až bludného charakteru, tzv. dysmorfofobie (Langmeier & Krejčířová, 2006). V souvislosti se sociokulturním prostředím jedince se v některých

případech (častěji u dívek) rozvíjí mentální anorexie, která může být doprovázena i sebepoškozováním (Langmeier & Krejčířová, 2006). Sebehodnocení po prvotním propadu v začátku dospívání začíná zvolna opět narůstat cca po 15. roce života, a to v závislosti na kognitivní zralosti, konkrétně na rozvinutí schopností formálních operací a kritického pohledu na sebe sama, a v reakci na hodnocení vrstevníky (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tato kapitola psychosociálního vývoje je úzce spjata se socializací a vrstevnickou skupinou, ve které se adolescent pohybuje a se kterou se srovnává (Vágnerová, 2000). Dokonce hovoříme o jakési „mezifázi“ vývoje identity – tzv. **skupinové identity**, která nahrazuje zatím nejasnou a nejistou identitu individuální a podporuje sebevědomí jedince (Vágnerová, 2000). Dospívající získávají nové sociální role ve vrstevnické skupině, a to na základě jejich zevnějšku a tělesného dozrávání a na jejich tendenci k osamostatnění od závislosti na rodině (Vágnerová, 2000). Odmítají roli podřízenou, jsou často popisováni jako netolerantní k dospělým (Vágnerová, 2000). S tím souvisí i role sociálně profesní, která zatím nemá přesný obsah a v rané pubescenci je definována spíše negativně – „ví, co být nechce“ (Vágnerová, 2000). Socializace hraje velkou roli i v pro dospívající typickém **egocentrismu** – zvýšené péči o sebe ze strachu ze ztrapnění před vrstevníky (Blatný, 2016).

Rozvoj sebepojetí je významně ovlivněn **vazbou s rodiči** – děti s vazbou jistou později v dospívání snadněji dosahují psychické diferenciaci (vnímání sebe sama jako odlišného od rodičů i od vrstevníků) a psychické nezávislosti (schopnosti jednat nezávisle na druhých bez pocitů viny a úzkosti), díky čemuž si vytvoří dobře integrovanou mentální reprezentaci emočních vztahů, v níž rodiče nejsou přehnaně idealizováni a dítě je schopno konstruktivně mluvit i o negativních zážitcích s nimi. Tohoto stavu můžou dosáhnout i děti ohrožené syndromem CAN, pokud jsou jejich traumatické zážitky kompenzovány korektivními zkušenostmi. (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Součástí sebepojetí je i morální usuzování dítěte, které v období dospívání často dosahuje postkonvenční úrovně – již zcela vědomě přijímá normy dané společností, ale v podání adolescentů jde o morálku absolutní, tzn. normy by měly platit ve všech případech a pro všechny bez rozdílu (Langmeier & Krejčířová, 2006). To u dospívajících vede k vysoké citlivosti na sebemenší nespravedlnost a zastávání absolutní upřímnosti, ale také je zdrojem častých konfliktů dospívajících i vnitřního zklamání z nedosažitelnosti těchto mravních ideálů (Langmeier & Krejčířová, 2006). V souvislosti s hledáním hodnotové

orientace dospívající také řeší otázku víry a duchovní orientace (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.3 Odlišnosti ve vývoji z hlediska pohlaví a genderu

Tradičně je sebepoškozování popisováno jako problém primárně ženského pohlaví, což podporují i závěry nedávné metaanalýzy Gillies et al. (2018), kde shledali riziko sebepoškozování u žen 1,72krát vyšší. Proti tomuto tvrzení ale stojí Swannell et al. (2014), kteří argumentují následujícími metodologickými limity dřívějších studií: 1. data se sbírala v psychiatrických léčebnách s velkým podílem pacientů s hraniční poruchou osobnosti, u kterých je skutečně prokázána výrazně vyšší prevalence u žen; 2. za sebepoškozování bylo dříve považováno hlavně „řezání se“, které je typickou formou sebepoškozování právě u žen, přičemž muži se sebepoškozují častěji jinými formami. Tento druhý argument považují za důležitý, je třeba brát v úvahu i další možné formy sebepoškozování.

Je obecně známo, že ontogenetický vývoj se u mužského a ženského pohlaví v určitých aspektech liší. Po biologické stránce se například jedná o různě se zvyšující **hladiny hormonů** – u dívek se tvoří více estrogeneru a progesteronu a u chlapců převažuje testosteron (přičemž platí, že určitou hladinu všech tří hormonů mají obě pohlaví), které vedou ke změnám tělesným i změnám ve vývoji mozku (Pfeifer & Allen, 2021). Tyto pohlavní hormony pak působí na kognitivně-emoční interakce, což může v porovnání s chlapci přispívat k vyšší prevalenci poruch jako PTSP u dospívajících dívek (Cisler & Herringa, 2021).

U chlapců si všímáme primárně růstu a rozvoje svalů (změna kvantity), za což jsou muži sociálně oceňováni. U dívek je nápadnější rozvoj sekundárních pohlavních znaků (kvalitativní změny), které často bývají ze strachu z předčasné sexuální aktivity společensky hodnoceny naopak spíše negativně (Vágnerová, 2000). Dále ze studií vyplývá, že specificky u dívek se v průběhu dospívání snižuje sebevědomí a zvýrazňují se vlastnosti jako ostýchavost a tendence přejímat názory druhých, což lze považovat za rizikové faktory rozvinutí duševních onemocnění, jako je adolescentní deprese (Pfeifer & Allen, 2021). Ze sociokulturního hlediska se stereotypně klade větší důraz na pohlednost žen než mužů a když k tomu vezmeme v úvahu konformitu dospívajících k vrstevnickým standardům, pak je pochopitelné, že dívky se svým vzhledem trápí více než chlapci (Vágnerová, 2000).

Pfeifer & Allen (2021) poukazují na rozdílnou míru rizika sebepoškozování u dívek a chlapců v souvislosti **načasováním** a **rychlostí** jejich vývoje – časnější počátek a rychlejší

tempo tělesného vývoje obzvláště u dívek je asociován s vyšším výskytem depresivních poruch, ale i s užíváním návykových látek, s poruchami příjmu potravy a antisociálním chováním. Také z hlediska předčasnosti vývoje nebude pro chlapce zkušenost předčasného tělesného vývoje tak výrazně zatěžující, jako je tomu u dívek, jelikož chlapci zpravidla dospívají později, a tak, mezi již ne zcela infantilními dívkami, jejich předčasné změny nebudí tolik pozornosti (Vágnerová, 2000).

2. Trauma

Od dávných dob disponujeme mozkovou strukturou, někdy populárně označovanou jako „*plazí mozek*“, odborně se jedná o struktury amygdaly a talamu, které se aktivují v situacích ohrožení a připravují organismus na to, aby mohl čelit hrozbě – při planém poplachu nebo po odvrácení hrozby se aktivace vypíná a při vyhodnocení hrozby jako reálné spouští obranné chování (Matoušek, 2017). Traumatizace je takový stav, kdy je tato struktura dlouhodobě aktivována, jelikož hrozba nemizí nebo se opakovaně vrací bez možnosti se jí efektivně postavit (Matoušek, 2017). Trauma může nabývat různých forem – psychické a fyzické; ale také náhlé, jednorázové či chronicky se opakující bez možnosti vyhnout se mu (Kocourková & Koutek, 2019). O psychickém traumatu mluvíme ve spojení se zážitky krajního ohrožení, jež doprovází intenzivní strach, se kterým se nelze dostatečně rychle vyrovnat, což vede k dopadům na chování a postoje zasaženého jedince (Matoušek, 2017). Při prožití traumatické události se kromě strachu objevují také pocity hrůzy a bezmoci, ale i viny, vzteku či studu (Kocourková & Koutek, 2019).

V předchozí kapitole již byly vymezeny vývojové okolnosti dospívání a rizika s tímto dynamickým obdobím spojená. Jelikož dospívající nemají ještě plně dozrálou osobnostní výbavu a jsou do velké míry závislí na svém sociálním okolí (zejména na péči dospělých), zvládání stresových situací je pro ně obtížné a jejich reakce na traumatické události nejsou o nic méně závažnější než u dospělých (Kocourková & Koutek, 2019). Výsledky mnoha výzkumů (e.g. McLaughlin et al., 2013; Štěpánek et al., 2019) naznačují, že většina (60–70 %) adolescentů je vystavována potenciálně traumatizujícím událostem, ze kterých se může rozvinout komplexní posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSP). Ne každé vystavení potenciálně traumatizující události nutně vede k rozvoji PTSP, ale Gradus (2013) uvádí, že děti vystavené traumatu mají vyšší prevalenci PTSP než dospělí. Mediánem věku, ve kterém jsou jedinci diagnostikováni pro úzkostné poruchy a PTSP, je 13 až 18 let (Pfeifer & Allen, 2021). Přestože velká část dětí a dospívajících nesplňuje všechna kritéria pro řádné diagnostikování PTSP, data naznačují, že vystavení traumatu u dětí a dospívajících téměř vždy vede k posttraumatické symptomatologii a v konečném důsledku k vývojovým narušením, problémům v chování i funkčnímu poškození osobnosti (Štěpánek et al., 2019).

Z výzkumů dlouhodobě vyplývají velmi negativní dopady traumatu z dětství a dospívání na jedince v průběhu celého zbytku jeho života, a to jak z pohledu psychopatologického, tak i sociálně patologického (Putnam, 2006). Abychom dokázali tyto

dopady omezit či zmírnit, musíme v první řadě porozumět mechanismům jejich působení (Putnam, 2006).

2.1 Psychodiagnostika reakce na trauma

Z diagnostického hlediska dle manuálu Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10) řadíme traumata do skupiny F43 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, kde rozlišujeme mezi akutní stresovou reakcí, posttraumatickou stresovou poruchou, poruchou přizpůsobení, jinou reakcí na těžký stres a reakcí na těžký stres NS (WHO, 2016). Tyto poruchy jsou diagnostikovány nejen na základě typické symptomatologie, ale zároveň jako příčinu nalézáme v anamnéze jedince výjimečně zatěžující životní událost či významnou životní změnu – stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou klíčovou příčinou vzniku onemocnění (WHO, 2016). Jedincovy osvojené mechanismy zvládání selhaly a onemocnění je maladaptivní odpověď na stresovou událost (WHO, 2016).

V nejnovější, 11. revizi tohoto statistického manuálu (MKN-11) můžeme najít zcela samostatnou kategorii poruch specificky souvisejících se stresem, která zahrnuje posttraumatickou stresovou poruchu, komplexní posttraumatickou stresovou poruchu; poruchu protrahovaného zármutku, poruchu přizpůsobení, reaktivní poruchu příchyllosti a poruchu desinhibované sociální angažovanosti (WHO, 2018). Stále platí, že poruchy v této kategorii lze přímo asociovat se stresovou, traumatickou událostí (či jejich větším množstvím) nebo adverzní zkušeností a přestože ne vždy tyto události vedou k rozvoji poruchy, bez ní by se porucha u jedince nerozvinula (WHO, 2018). Dále jsou v souvislosti s traumaty v MKN-11 vymezeny faktory, které ovlivňují zdravotní stav, kde mají vlastní podkapitolu tzv. problémy asociované s neblahými či traumatickými událostmi, do kterých spadají oběti zločinu či terorismu, vystavení katastrofě, válce či jiné nepřátelskosti, osobní historie zanedbávání, osobní historie děsivé zkušenosti v dětství, akutní reakce na stres a další specifické problémy spojené s neblahými či traumatickými událostmi (WHO, 2018). V neposlední řadě můžeme v MKN-11 mezi externími příčinami nemoci či úmrtnosti najít i krátce vymezené týrání a jeho podkategorie fyzické týrání, sexuální zneužívání, psychické týrání a jiné specifické týrání (WHO, 2018).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice (dále jen DSM-5) zahrnuje do výčtu traumatických zážitků (kromě jejich vlastního prožití) i svědectví takové události, která se ale děje jiné osobě, zjištění, že traumatickou událost zažil někdo z blízké

rodiny či přátel a extrémní vystavení averzivním detailům traumatických událostí (např. pracovníci integrovaného záchranného systému) (APA, 2013). Zde je mezi typické symptomy (kromě hlavních skupin, viz níže) zařazeno také lehkomyšlné či přímo sebedestruktivní chování (tj. sebepoškozování, suicidální pokusy) (APA, 2013). DSM-5 zohledňuje i věk zasaženého jedince – PTSP se může rozvinout od jednoho roku věku dále, také vyčleňuje specifická kritéria PTSP pro děti mladší šesti let (APA, 2013). DSM-5 upozorňuje na rizikové faktory rozvinutí PTSP, kam řadí mj. předchozí adverzní dětské zkušenosti a nižší věk při zážitku traumatu, zároveň zdůrazňuje protektivní roli sociální opory (APA, 2013).

Z diagnostického pohledu považuji za důležité, že některé poruchy spojené se stresem se mohou rozvinout i po zážitku v rozsahu běžných životních zkušeností (e.g. rozvod, socioekonomické potíže, úmrtí blízké osoby). Je tedy třeba hodnotit konkrétní symptomy onemocnění, a ne pouze závažnost stresové (potažmo traumatické) události. Roli zde hraje hlavně individuální odolnost, zranitelnost jedince a jeho schopnost zvládat náročné životní situace (WHO, 2016). Také je třeba zohledňovat počet traumatických zkušeností (a věk při první takové události) – zpravidla traumatizovaní jedinci uvádí více traumatických zážitků (Štěpánek et al., 2019). Zároveň musíme tyto závažné a hlavně **dlouhotrvající** poruchy diagnosticky odlišovat od **přechodné** akutní stresové reakce jakožto zcela normální reakce na nenormální (extrémní) situaci.

Akutní stresová reakce vzniká při konfrontaci s výjimečným fyzickým či duševním stresem (extrémně ohrožující či děsivé povahy), začíná zpravidla několik minut po události a příznaky přirozeně **vymizí do několika hodin či dnů** po odstranění stresoru (WHO, 2016; WHO, 2018). Objevující se symptomy jsou smíšené, v čase se mění – běžné jsou vegetativní příznaky úzkosti (e.g. tachykardie, pocení, začervenání se), dále také dezorientace, zúžené vědomí, zhoršené chápání podnětů, zármutek a můžou vyústit až v disociativní stupor (F44.2) nebo agitaci a nadměrnou aktivitu (WHO, 2016; WHO, 2018). Není neobvyklá ani částečná či úplná amnézie (WHO, 2016).

Traumatická událost, která může zapříčinit **posttraumatickou stresovou poruchu**, bývá mimořádně ohrožující a běžně by rozrušila téměř každého (WHO, 2016). Ale i v MKN-10 je zohledňován různý práh vzniku či možné zhoršení průběhu u osob s predisponujícími faktory (WHO, 2016). Typické symptomy trvají alespoň několik týdnů

a mají dopady na osobní, rodinné, sociální, pracovní aj. oblasti fungování jedince (WHO, 2018).

Pro PTSP jsou dle MKN-11 charakteristické tři hlavní skupiny symptomů:

- 1) **znovuprožívání** traumatické události formou neodbytných vzpomínek, nočních můr či tzv. flashbacků – mohou probíhat v různých senzorických modalitách (včetně fyzických projevů) a bývají doprovázeny silnou emoční reakcí (často strachem);
- 2) **vyhýbání se** myšlenkám a vzpomínání na traumatickou událost, ale i činnostem a lidem tuto událost připomínajícím
- 3) **zcitlivělé vnímání hrozby** projevující se hypervigilancí a zvýšenou reaktivitou (e.g. úlekovými reakcemi na hlučné podněty aj. (WHO, 2018).

V MKN-11 nově zavedená **komplexní posttraumatická stresová porucha** se může rozvinout po prožití extrémně děsivé či ohrožující události, často dlouhotrvající, opakující se, ze které není úniku (WHO, 2018). Splňuje všechna kritéria PTSP, ale navíc se objevují problémy v emoční regulaci, přesvědčení o vlastní nedostatečnosti doprovázené pocity studu, viny či selhání (v souvislosti s traumatickou událostí) a potíže s udržením vztahů, cítěním blízkosti k druhým (WHO, 2018). U chronické traumatizace (a to zejména u dětí) jsou také běžné projevy jako:

- **disociace** – v extrémních situacích až úplná ztráta povědomí o svém okolí;
- **popření** – nápadné vyhýbání se jakýmkoliv připomínkám události;
- **internalizující obtíže** – depresivní a úzkostné stavy;
- **externalizující obtíže** – tzn. poruchy chování (APA, 2013; Kocourková & Koutek, 2019).

V prvních deseti letech života má trauma zcela pervazivní dopady a až později s věkem se vykrystalizuje ohraničenější PTSP (Kocourková & Koutek, 2019). Děti nesdílí tolik prožitky s druhými, mohou se vyskytnout až poruchy paměti, malé děti mohou zažívat i děsivé sny, které s traumatem přímo nesouvisí (Kocourková & Koutek, 2019). U dětí také můžeme zaznamenat přehrávání traumatické události ve hře (APA, 2013). Štěpánek et al. (2019) ve své přehledové studii zmiňují specificky pro adolescenty s PTSP insomnii či úporný spánek a zlost, agresivitu a studijní problémy.

Matoušek (2017) na základě dosavadní literatury shrnuje symptomy traumatizace, kterých si můžeme všimnout u dětí:

- **nápadnosti v chování** – neklid, hyperaktivita až agresivita, nebo naopak zpomalení až ztuhlost, vyhýbavost, ukrývání se do malých prostorů, ale i poruchy chování;
- **potíže s pozorností a krátkodobou pamětí**, amnézie, zhoršená schopnost učení se, dezorientace a ztráta časové kontinuity;
- **vývojová regrese**;
- **enuréza a enkopréza**;
- **změny afektivity** – bouřlivé emoční a úlekové reakce, přecitlivělost, nebo naopak apatie, úzkost;
- **problémy v sociálních vztazích** – nedůvěřivost, vyhýbavost, snížený zájem o fyzický kontakt, potřeba kontroly nad situacemi, až manipulativnost, nebo narušené hranice intimity (navazování fyzického kontaktu i s cizími osobami);
- **nápadnosti v zájmech a ve hře** – ztráta koníčků a zájmů, přehrávání traumatických zážitků, dezorganizovanost hry;
- **sebepoškozování**;
- **sexualizované chování neadekvátní věku** – odpor i po období puberty, nebo naopak nutkavá masturbace;
- **poruchy spánku a usínání** – včetně nočních děsů, spaní jen s rozsvíceným světlem;
- **poruchy řeči** – zadrhávání;
- **somatizace** – různé bolesti (hlavy, břicha), vegetativní reakce (hyperventilace, třes, brnění končetin, tachykardie, pocení), nevolnost, poruchy příjmu potravy;
- **disociace** – otupělost, až znecitlivění, odpojení od současnosti, vlastních emocí i vlastního těla, derealizace, depersonalizace, „přepínání“ mezi osobnostmi, úniky do fantazie (někdy i imaginární kamarádi);
- **flashbacky** – nutkavé znovuvybavování prožitých traumatických událostí.

V rámci diferenciální diagnostiky bývá PTSP u dětí často zaměňováno s hyperkinetickou poruchou ADHD – je tedy potřeba v rámci diagnostiky zachytit prvky

organicity a rozlišit poruchy pozornosti a aktivity od **disociace** (Matoušek, 2017). Také je dobré při diferenciální diagnostice zvážit úzkostné a depresivní poruchy, poruchy chování (opakované a dlouhodobé překračování morálních norem s přihlédnutím k věku), somatoformní poruchy, neurologické poruchy, mentální retardace, disharmonický vývoj osobnosti a dětská psychotická onemocnění (Matoušek, 2017).

2.2 Syndrom CAN a adverzní dětské zkušenosti

Specifickou podskupinou traumat je problematika syndromu CAN nebo také aktuálně v zahraniční literatuře často používaného pojmu „adverzní dětské zkušenosti“ (dále jen ACE). Oba termíny se do velké míry překrývají, i když by se dalo uvažovat o tom, že termín ACE má poněkud širší záběr. V tuzemské literatuře se dlouhodobě používal pojem syndrom CAN (v návaznosti na práci prof. Dunovského, Dytrycha a Matějčka), zatímco termín ACE se začíná používat až v posledních několika letech. Nicméně historie termínu ACE sahá do 90. let a v zahraniční literatuře se již dlouhodobě hojně využívá vedle tradičních termínů „*child abuse and neglect*“ a „*child maltreatment*“.

2.2.1 Adverzní dětské zkušenosti

Termín „adverzní dětské zkušenosti“ pochází z anglického originálu „*adverse childhood experiences*“ a je dnes běžně používaný odbornou populací, když se mluví o dopadech obtížného dětství na život (Winnette, 2019). Jinými slovy, takzvaně adverzní jsou zkušenosti s nelehkým dětstvím (Winnette, 2019).

Přestože stres je ve zdravé míře zcela běžnou součástí života, pokud překračuje naši individuální míru tolerance, stává se toxickým, a naopak zdraví ohrožujícím – o to více v raném období vývoje (Winnette, 2019). V tomto období mozek dítěte „očekává“ takové podmínky, které budou podporovat jeho zdravý vývoj, ale jelikož je dítě naprosto odkázané na primárního pečovatele (zpravidla rodiče), dostává se pod působení toxického stresu v situacích, kdy tento pečovatel ve své roli selže (Winnette, 2019).

Zatímco explicitní (deklarativní) paměť začíná fungovat přibližně až kolem 4.–5. roku života, implicitní (nedeklarativní) paměť ukládá emoce, děje a podmíněné chování již od narození. V této formě uložené stopy ACE jakožto spouštěče stresu ovlivňují prožívání a sociální fungování zasažených jedinců po celý život (Winnette, 2019). Následky se nemusí projevit hned v dětství, ale někdy až později v dospělosti – v podobě depresivity, úzkostí, zneužívání návykových látek, ale i více zdravotních problémů, partnerského násilí a sebevražedných pokusů (Matoušek, 2017; Winnette, 2019). Tyto potíže pak začínají dříve,

dosahují větší závažnosti a léčí se hůře než u lidí s dobrým rodinným zázemím (Matoušek, 2017; Winnette, 2019). Výzkumníci také zjistili, že vliv ACE je kumulativní – počet prožitých ACE je úměrný rizikům a počtu následků (Matoušek, 2017; Winnette, 2019). Z toho důvodu se začalo počítat ACE skóre (Winnette, 2019).

V Tabulce 1 můžeme vidět výčet ACE a kolik procent účastníků původního amerického výzkumu ACE z 90. let na vzorku 9 508 respondentů uvedlo přítomnost této zkušenosti v osobní anamnéze (Felitti et al., 1998):

Tabulka 1: Výsledky ACE studie (Felitti et al., 1998)

	Kategorie adverbzní zkušenosti	Prevalence v procentech
Týrání		
1	Psychické týrání	11,1 %
2	Fyzické týrání	10,8 %
3	Sexuální zneužívání	22 %
Dysfunkční prostředí v domácnosti		
4	Zneužívání návykových látek členem domácnosti (alkohol, drogy)	25,6 % (alkohol 23,5 %; drogy 4,9 %)
5	Duševní onemocnění člena domácnosti (včetně pokusu o sebevraždu)	18,8 %
6	Domácí násilí na matce nebo nevlastní matce	12,5 %
7	Někdo z domácnosti šel do vězení	3,4 %

Suicidální ideace a pokusy jsou v souvislosti s ACE dlouhodobě uváděny, ale z novějších studií vyplývá také statisticky signifikantní souvislost ACE se **sebebpoškozujícím chováním** a tendencemi k interpersonálnímu násilí (Duke et al., 2010).

2.2.2 Syndrom CAN

Termín „syndrom CAN“ pochází z anglického spojení „child abuse and neglect“ a v českém jazyce se souhrnně používá pro týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Pojem syndrom CAN zahrnuje veškeré vlivy, které jsou pro dítě ohrožující – a to jak formou aktivní činnosti (e.g. fyzické týrání, zneužívání), tak i její absence (e.g. zanedbávání) (Bechyňová et al., 2007). Původní vymezení Dunovského a kol. (1995) označuje za týrání, zneužívání a zanedbávání takové jednání rodiče či jiného pečovatele o dítě, které je nenáhodné, preventabilní, vědomé, v dané společnosti nepřijatelné či odmítané a poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, případně i ohrožuje jeho život. Krejčířová ve své

definici syndromu CAN uvádí poškození fyzického, psychického nebo sociálního stavu a vývoje dítěte, toto poškození vzniklo jakýmkoliv nenáhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby a toto poškození je v dané společnosti a kultuře považováno za nepřijatelné (in Bechyňová et al., 2007). Z těchto definic považuji za velmi důležité zahrnutí (mimo fyzického a psychického) také **sociálního** stavu a vývoje dítěte a **nenáhodnost** jednání rodičů. Osobně se zcela neztotožňuji s „nepřijatelností jednání v dané společnosti“ – nemyslím si, že by hranice přijatelnosti násilí páchaného na dětech měla být nastavována kulturními normami dané oblasti. Věřím, že tato hranice by měla být dána spíše obecně, což by mohlo nastavit jakési zrcadlo k násilí tolerantnějším kulturám jakožto preventivní intervence.

Pod syndromem CAN bývá zahrnováno velké množství rozličných zkušeností – jednorázové i opakované, typově velmi variabilní, ale přitom vždy zraňující, bolestivé, ponižující či vykořisťující (Putnam, 2006). Dušková (2004) uvádí, že do syndromu CAN řadíme:

- fyzické týrání;
- psychické týrání;
- sexuální zneužívání;
- rozvodové spory o dítě;
- ohrožující prostředí;
- zanedbávání;
- systémové týrání, sekundární viktimizaci;
- Münchhausenův syndrom by proxy.

V literatuře panuje shoda, že nejčastěji bývá dítě vystaveno **kombinaci** těchto forem syndromu CAN a zároveň je jimi **nejvíce ohroženo ve svých primárních rodinách** – rodiče či jiní primární pečovatelé jsou nejčastějšími pachateli (Dušková, 2004; Norman et al., 2012; Slep et al., 2015; Velemínský et al., 2020; Wekerle et al., 2006). Někdy se stává, že je syndromem CAN zasaženo jen jedno z více dětí v rodině, je ale nutné důkladně prozkoumat celou situaci (Dušková, 2004). Také z výzkumů vyplývá, že se týrání i zanedbávání „předává z generace na generaci“ – část rodičů týrajících svoje vlastní děti uvádí týrání ve své osobní anamnéze a většina pachatelů sexuálního zneužívání dětí byla sama v dětství zneužita (Norman et al., 2012; Štěpánek et al., 2019). Mezi další rizikové faktory, které

rodiče vedou k týrání dětí, patří chudoba, psychické potíže, abúzus alkoholu a dalších návykových látek (Norman et al., 2012).

Pomineme-li přímé dopady v podobě ublížení na zdraví či usmrcení, následky takovéto formy traumatizace mají **dlouhodobé dopady** na všechny oblasti zdravého vývoje dítěte, jeho socializaci a celkové zdraví (Dušková, 2004; Norman et al., 2012). Prožití fyzického týrání a zneužívání v dětství bývá doprovázeno množstvím psychopatologických projevů v adolescenci i dospělosti, jako je zneužívání návykových látek, poruchy osobnosti (hlavně hraniční a antisociální porucha osobnosti), poruchy příjmu potravy, disociativní poruchy a poruchy nálad, somatoformní, kardiovaskulární, metabolické, imunologické i sexuální poruchy (Štěpánek et al., 2019). Z metaanalýzy Normana et al. (2012) vyplývá, že riziko rozvinutí depresivních poruch je signifikantně vyšší u emočně (OR = 3,06) i fyzicky (OR = 1,54) týraných a zanedbávaných (OR = 2,11) jedinců, a také vychází asociace mezi syndromem CAN a úzkostnými poruchami, abúzem návykových látek a suicidálním chováním. I mezi oběťmi syndromu CAN nesexuálního charakteru bylo zaznamenáno vyšší riziko sexuálně přenosných chorob a rizikového sexuálního chování (Norman et al., 2012). Zvýšené riziko chronických onemocnění a rizikových voleb životního stylu (e.g. kouření) bylo ve stejné metaanalýze vyhodnoceno jako nekonzistentní (Norman et al., 2012).

Přestože by se mohlo zdát, že se výskyt syndromu CAN týká jen velmi úzké části populace, množství mezinárodních výzkumů prevalence naznačuje, že např. fyzické týrání zažívá 4–16 % populace v zemích s vyššími příjmy (Slep et al., 2015) a 23 % celosvětové populace (Butchart et al., 2006). Nějakou formu sexuálního zneužívání reportujeme u 3–8 % chlapců a 9–15 % dívek celosvětově (Barth et al., 2013; Butchart et al., 2006), emočně týraných je celosvětově 36 % (Butchart et al., 2006) a zanedbávaných je až 16 % celosvětové populace (Butchart et al., 2006), přičemž všechny studie se shodují, že 35–64 % obětí syndromu CAN zažívá více než jednu formu (Slep et al., 2015). Ani v našem prostředí této problematiky nejsme zdaleka ušetřeni. Nedávný výzkum prevalence ACE v České republice s reprezentativním vzorkem 1 760 respondentů určil aktuální prevalence emocionálního týrání na 20,7 %, fyzického týrání na 17,1 %, sexuálního zneužívání na 6,4 % a zanedbávání na 8 % (Velemínský et al., 2020). Dysfunkční rodinné prostředí vykazuje také poměrně vysokou prevalenci – mj. abúzus alkoholu ve 15,3 %, rodičovské násilí ve 22,1 % a rozchod rodičů ve 23 % (Velemínský et al., 2020).

V aktuální praxi diagnostiky syndromu CAN se používají demonstrační pomůcky, tzv. anatomické panenky (známé jako Jája a Pája), které jsou specifické tím, že mají genitálie a běžné otvory lidského těla (ústa, řitní otvor, otvor do vaginy a penis) (Hanušová, 2006). Při samotném vyšetření pak hodnotíme kromě podrobné sociální anamnézy, intelektu, paměti a osobnosti dítěte (složky afektivity, reaktivity, navazování kontaktu s druhými) také jeho komunikační dovednosti a adekvátnost slovní zásoby při ukazování a popisování anatomických panenek (Hanušová, 2006).

2.3 Neurobiologie působení traumatu

Během evoluce se u savců vyvinul autonomní nervový systém (dále jen ANS), který reaguje fyziologickými změnami, konkrétně omezením senzorických schopností, motorické a kognitivní aktivity tak, aby byla udržena homeostáza v situacích nebezpečí (Porges, 2003). V literatuře se již dlouhodobě uvádí, že v systému vyhodnocení hrozby jsou zapojeny dříve zmíněné vývojově starší subkortikální oblasti:

- **talamu** – mj. propojení subkortikálních a vyšších korových oblastí, řízení ANS;
- **amygdaly** – mj. přisuzování emočního náboje přicházejícím stimulům;
- **hipokampu** – mj. vznik epizodických vzpomínek, a tím vyhodnocení hrozeb na základě předchozí zkušenosti;
- **prefrontálního kortexu** (Cisler & Herringa, 2021; Matoušek, 2017).

Jelikož vyhodnocení hrozby probíhá na subkortikální úrovni limbického systému, nevyžaduje naše vědomé zapojení – organismus hrozby vyhodnocuje tzv. **neurocepcí**, tj. nevědomým vnímáním chování okolních jedinců i charakteristik prostředí (Porges, 2003).

Organismus je nejprve zalarmován k reflexivní reakci na hrozbu ve formě útok-útěk („*fight-flight*“), anebo zamrznutí („*freeze*“) (Matoušek, 2017). Při této reflexivní reakci na hrozbu se navyšuje poměr adrenalinu k noradrenalinu v hypothalamu (Vokurka, 2018). Až poté talamus zapojí vývojově mladší oblasti senzorické, prefrontální a temporální pro zohlednění předchozích zkušeností, následuje přisouzení emočního náboje amygdalou a nakonec systém dle výsledného hodnocení hrozby buď reakci zastaví, pozmění, či ji nechá pokračovat (Matoušek, 2017).

Na neuroendokrinní úrovni je v situacích akutního stresu aktivována sympato-adreno-medulární osa, během čehož je **zvýšený tonus sympatiku** a jsou vyplavovány

katecholaminy (adrenalin, noradrenalin, dopamin) (Nackley & Friedman, 2021; Vokurka, 2018). Konkrétně se zvýší tepová frekvence i krevní tlak a krev se v těle redistribuuje tak, že se sníží množství krve v tu chvíli nepotřebných částech oběhu, jako je kůže či trávicí systém, a naopak se zvýší průtok v srdci a mozku, kde dopamin zrychluje rozhodování (Vokurka, 2018). Později, v rámci zotavování organismu z akutní stresové reakce, hypotalamicko-hypofyzárně-nadledvinová osa (dále jen HPA) vyplavuje **kortizol** pro znovuoobnovení homeostázy (Nackley & Friedman, 2021). Dlouhodobé či chronické působení stresu narušuje normální fungování osy HPA tak, že např. zvýšené hladiny kortizolu u dětí se syndromem CAN (ač užitečné v situaci akutního stresu) jsou toxické pro neurony v určitých oblastech mozku, které se zároveň v důsledku traumatu zmenšují (Nackley & Friedman, 2021; Putnam, 2006).

Strategie zvládání stresu vykazují normální rozdělení, na jehož jednom extrémním konci jsou jedinci s čistě pasivním copingovým stylem a na druhém jedinci s čistě aktivním (Zozulya et al., 2008). V souvislosti s osou HPA a ANS má copingový styl reakce na stres dopady na další systémy lidského těla (Zozulya et al., 2008). Pro jedince s tendencí k pasivní reakci na stres je specifické, že v akutním stresu je jejich sympatický nervový systém stimulován jen málo a osa HPA je aktivnější (Zozulya et al., 2008). Navíc se uvažuje o tom, že mohou mít větší riziko infekčních onemocnění a rakoviny, zatímco jedinci s aktivním copingovým stylem mohou mít predispozice pro koronární, alergická a autoimunitní onemocnění (Zozulya et al., 2008).

Typ (copingové) reakce na hrozbu, která se spíše aktivuje, je velmi individuální – je dána částečně vrozenou dispozicí a dále hrají roli předchozí nepříznivé traumatické zkušenosti (Matoušek, 2017). Přípomínka nezpracované zkušenosti povede spíše k intenzivnější reflexivní reakci (Matoušek, 2017). Při opakované traumatizaci mozek ukládá neintegrovane vzpomínky, které mu častěji připomínají ohrožení, což komplikuje vyhodnocování běžných situací (Matoušek, 2017). To může vyústit až ve zkreslení vnímání tak silné, že jedinec vnímá rizika i tam, kde žádná nejsou, nebo naopak rizika zcela přehlíží (Matoušek, 2017).

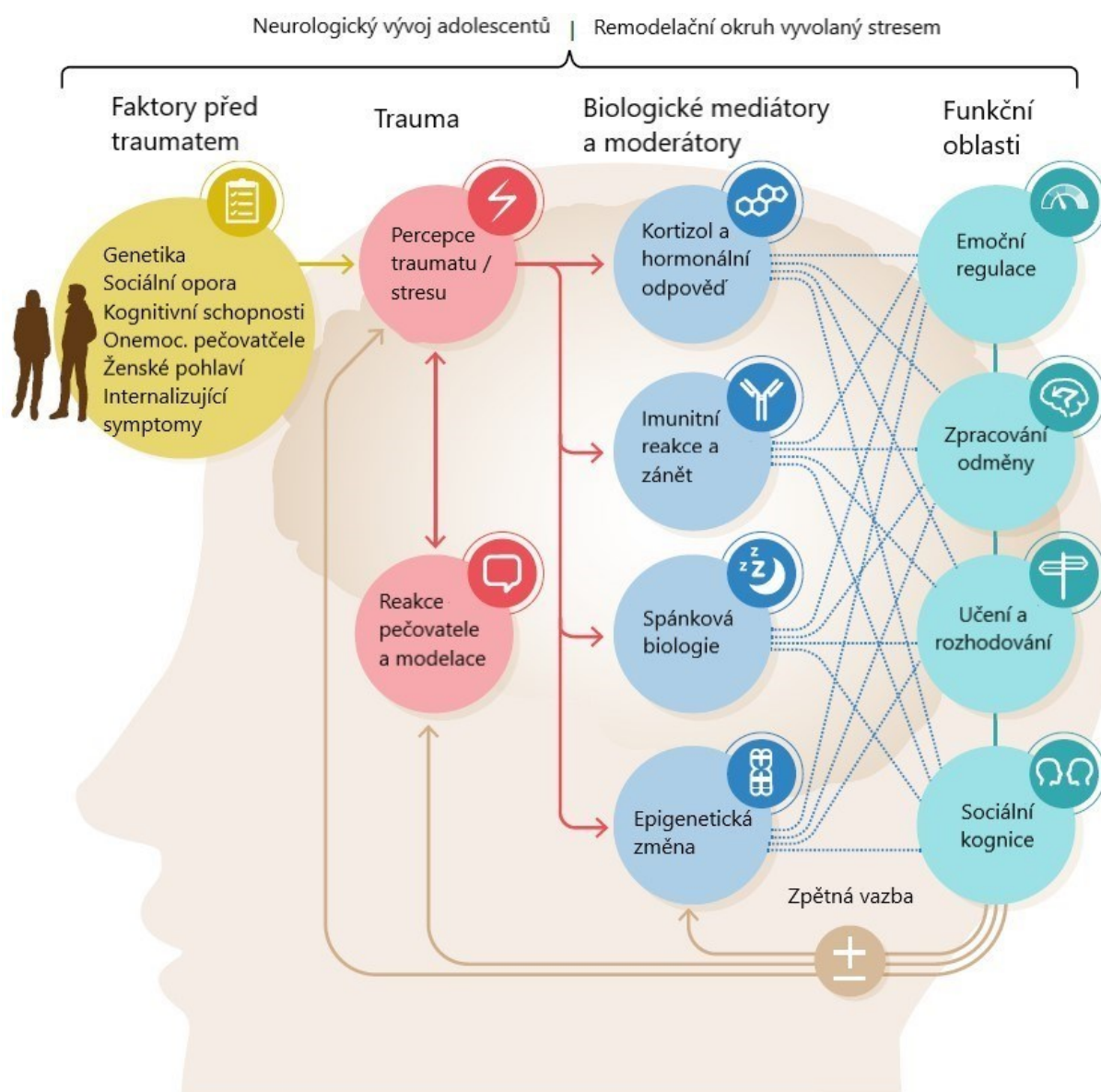
Autoři se shodují, že v důsledku traumatu dochází k měřitelnému úbytku mozkové kůry u zasažených dětí a dospívajících. Putnam (2006) píše, že tento úbytek u týraných dětí může souviset s jejich potížemi v sociálních sférách, chování i intelektu. Stejně tak Cisler & Herringa (2021) uvádí úbytek šedé kůry mozkové v oblasti prefrontálního kortexu

(konkrétně v jeho ventrolaterální a ventromediální části) u adolescentů trpících PTSP, který v souvislosti s PTSP hraje roli hlavně ve vyhodnocování stimulů, v inhibici reakcí na hrozbu, v reaktivitě amygdaly a ve vnímání emocí a v emoční regulaci (Cisler & Herringa, 2021).

Vzhledem k citlivosti mozkového zrání na podmínky prostředí, a to obzvláště v senzitivních vývojových periodách, se totiž více myelinizují častěji zapojované dráhy, díky čemuž se nervové vzruchy přenáší do a ze zapojovaných cílových oblastí čím dál rychleji (Evans-Chase, 2014). Čím více (a častěji) jsou aktivovány struktury limbického systému v reakci na emoční nebo ohrožující události na úkor aktivace prefrontálního kortexu, tím méně se kortikální oblasti zmyelinizují (Evans-Chase, 2014). U dětí se syndromem CAN lze tedy předpokládat více nevhodných či dysfunkčních neurálních spojení (Putnam, 2006). V důsledku traumatizace tak dochází k nezdravému vývoji seberegulace, což se může projevovat formou delikvence, interpersonálního násilí, zneužíváním návykových látek a v neposlední řadě **sebepoškozováním**, suicidálními ideacemi a pokusy (Evans-Chase, 2014). Toto je zásadní rozdíl od prožití traumatické události a následného PTSP v dospělosti – dospělí již mají plně rozvinutý prefrontální kortex, zatímco adolescentům se teprve vyvíjí (Cisler & Herringa, 2021). Dalším zajímavým zjištěním je, že u dětí traumatizovaných ještě v předpubertálním období bývá reaktivita amygdaly zpravidla otupená, zatímco při prožití traumatu v dospívání se reaktivita amygdaly naopak zvyšuje (Zhu et al., 2019).

Autoři Cisler & Herringa (2021) navrhuji shrnující psychosociálně-neurobiologický model působení traumatu na mozek adolescentů (viz Obrázek 1). Považují za velmi přínosné, že v modelu zohledňují i faktory působící na schopnost jedince se s traumatem vypořádat před jeho zasažením. Těmito faktory jsou genetika, sociální opora, kognitivní schopnosti, nemoc pečovatele, pohlaví a internalizující symptomy (e.g. vyhýbání se společnosti, odtazitost, stažení do sebe, úzkost, sklíčenost). Tyto faktory hrají velkou roli v percepci traumatu jedincem. Další významný dopad na vnímání traumatu adolescentem má reakce pečovatele i vrstevníků na prožitý stres v peritraumatickém období (časovém úseku, kdy k traumatu právě dochází). Na biologické úrovni zážitek traumatu může mít za následek hormonální reakci (s kortizolem v hlavní roli), imunitní reakci a zánět, dále také spánkové změny a epigenetické změny. A ve finále tyto biologické změny vedou k funkčním neurovývojovým změnám v doménách emoční regulace, zpracování odměny, učení a rozhodování a sociální kognice. Tyto funkční změny pak mají zpětnovazebný dopad

na systém biologické reakce na stres – vedou ke spánkovým změnám a zánětům, ale dopad mají opět i na percepci zažitého traumatu jedincem a na následné reakce pečovatele a okolí. Všechny zmíněné dopady traumatu se tak cyklí ve smyčce.



Obrázek 1: Psychosociálně-neurobiologický model působení traumatu na dospívající (Cisler & Herringa, 2021)

Pozitivní proměnnou v této oblasti je zvýšená neuroplasticita mozku dětí a dospívajících, která nám při vhodné léčbě dovoluje docílit podstatných změn kýženým směrem (Cisler & Herringa, 2021). Lze tedy dosáhnout určitého stupně zlepšení po odstranění nevyhovujících vývojových podmínek (e.g. ohrožující prostředí) a po získání zdravé stimulace a projevů náklonnosti – zpravidla čím dříve, tím lépe (Putnam, 2006).

3. Sebeпоškozování

Definice sebeпоškozování (dále také jen SP) je v literatuře značně nejasná. Obzvlášť v zahraničních zdrojích se můžeme setkat s velkým množstvím různých termínů (v angl. originále např. „*self-harm*“, „*deliberate self-harm*“, „*self-injury*“, „*self-injurious behavior*“, „*self-mutilation*“, „*self-mutilating behavior*“, „*self-destructive behavior*“, „*suicidal behavior*“, „*self-cutting*“ ...) Můžeme zaznamenat vývoj termínu od 30. let a „*syndromu pořezaného zápěstí*“ (v orig. „*wrist cutting syndrome*“) přes „*pokus o sebevraždu*“ (v orig. „*attempted suicide*“) či „*parasuicidum*“, poté přichází „*záměrné sebeпоranění*“ (v orig. „*deliberate self injury*“) a „*záměrné sebetrávení*“ (v orig. „*deliberate self poisoning*“) až po dodnes užívané „*záměrné sebeпоškozování*“ (v orig. „*deliberate self-harm*“) nebo „*nonsuicidální sebeпоranění*“ (v orig. „*nonsuicidal self-injury*“) (McAllister, 2003; Platznerová, 2009). V české literatuře nejčastěji narážíme na termíny „*záměrné sebeпоškozování*“ nebo „*automutilace*“.

Při vymezování sebeпоškozování můžeme také postupovat od obecnějšího termínu, tzv. „*sebeпоškozujícího chování*“ nebo „*autoagresivního chování*“ (z angl. originálu „*self-destructive behavior*“) jakožto **veškeré techniky poškození** vlastního těla (od kouření až po dokonalé suicidum), který pod sebou zahrnuje (Kriegelová, 2008):

- „*automutilace*“ – nezáměrné, jednorázové či stereotypní chování, **symptom závažné psychopatologie** (nejčastěji schizofrenního okruhu) **či fyziopatologie** (organické etiologie);
- „*sebeпоškozování a rizikové chování*“ – dlouhodobé, bez záměru se poškodit či zemřít (např. kouření, abúzus alkoholu, léků, drog, prostituce, ...);
- „*záměrné sebeпоškozování*“ – jednorázové či periodické, zahrnuje **sebetrávení/předávkování a sebezraňování**;
- „*suicidální jednání*“ – přímý záměr zemřít (suicidum, suicidální pokus).

Definice záměrného sebeпоškozování, které je předmětem této práce, se u jednotlivých termínů různí, ale všechny mají společné následující: jedná se o **záměrné jednání**, při kterém dochází k **narušení vlastních tělesných tkání**, a to **bez suicidálního úmyslu** (Kriegelová, 2008). SP lze také chápat jako nevhodnou copingovou strategii či maladaptivní reakci na akutní nebo chronický stres (Platznerová, 2009). Pokud se jedná o v dané kultuře běžné poranění či je jeho cílem sexuální uspokojení, dekorace těla,

spirituální zážitek nebo začlenění se do referenční skupiny, nemluvíme o patologickém sebepoškozování (Platznerová, 2009).

Z metaanalytických studií vyplývá, že určit prevalenci SP v populaci není jednoduché kvůli vysoké heterogenitě metodologie jejího výzkumu (Gillies et al., 2018; Swannell et al., 2014). Mezi další komplikace v určení prevalence patří to, že většina sebepoškozujících se jedinců nevyhledává pomoc a také toto jednání může být považováno za velmi stigmatizační, a tak lze předpokládat, že ve výzkumech budou respondenti SP zatajovat pro sociální desirabilitu (APA, 2013; Swannell et al., 2014). Často zmiňovaný nárůst prevalence sebepoškozování v posledních letech lze vysvětlit stále se zvyšující kvalitou metodologie výzkumu v této oblasti (Swannell et al., 2014).

Přesto nejaktuálnější výzkumy a metaanalýzy uvádí, že nejvyšší prevalence sebepoškozování (někdy uváděno 17 %) je spojována s obdobím dospívání, SP nejčastěji začíná kolem 13. roku věku a jeho výskyt po období mladé dospělosti s věkem výrazně klesá (APA, 2013; Gillies et al., 2018; Swannell et al., 2014). DMS-V uvádí poměr sebepoškozujících se mužů a žen vyrovnanější, než je tomu u suicidálního jednání (APA, 2013). Ukazuje se, že socioekonomický status nehraje v sebepoškozování významnou moderující roli (Valencia-Agudo et al., 2018). Z metaanalýzy Gillies et al. (2018) mj. vyplývá, že 47 % sebepoškozujících uvádí pouze 1–2 epizody SP. Výzkumníci tedy usuzují, že se sebepoškozování (v obecné populaci) ve většině případů vyřeší spontánně s věkem, ale je třeba cílit péči na dospívající s přidruženými běžnými duševními obtížemi, jako jsou deprese a úzkosti, kvůli kterým jedinci často pokračují se sebepoškozováním i dále v mladé dospělosti (Moran et al., 2012; Valencia-Agudo et al., 2018).

V diagnostickém manuálu MKN-10 (i MKN-11) je sebepoškozování zmíněno mezi vnějšími příčinami nemoci a úmrtnosti, více ale není popsáno (WHO, 2016). Často je však SP uváděno v kontextu jiných duševních poruch / diagnóz – nejvíce jako komorbidita **hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti, poruch příjmu potravy, posttraumatické stresové poruchy, depresivních poruch, úzkostných poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy** (Cipriano et al., 2017). Může se ale vyskytovat i zcela samostatně, bez dalších psychických obtíží v anamnéze (Valencia-Agudo et al., 2018). V manuálu DSM-V je sebepoškozování popsáno v podkapitole stavů určených k bližšímu prozkoumání, kde je vedeno jako „*nonsuicidální sebeporanění*“ (z angl. originálu „*nonsuicidal self-injury*“, dále jen NSSI), a navrhuje jako kritérium diagnostiky alespoň **pět**

případů úmyslného poranění povrchu vlastního těla za jeden rok způsobující krvácení, modřinu či bolest s výhledem mírného až středního ublížení, tedy bez suicidálního záměru (APA, 2013).

3.1 Charakteristiky záměrného sebepoškozování

Dle DSM-V jsou pro sebepoškozování charakteristické negativní myšlenky a emoce doprovázející např. deprese, úzkosti, napětí, vztek, generalizovaný distres nebo sebekritičnost (APA, 2013). Tyto emoce bezprostředně předchází sebepoškozovacímu jednání (APA, 2013). Sebepoškozování se stává maladaptivní strategií zvládnutí regulace těchto nepříjemných stavů v situacích snížené kapacity jí dosáhnout alternativními adaptivními mechanismy (Valencia-Agudo et al., 2018). Jedinci bezprostředně před jednáním vykazují těžko kontrolovatelnou „posedlost“ myšlenkami na sebepoškozování a myšlenky na SP často přichází i bez jeho vykonání (APA, 2013).

Za důležitou charakteristiku sebepoškozování uváděnou v DSM-V považují, že samotné SP nebo jeho konsekvence způsobují klinicky signifikantní distres a zasahují do interpersonálního, akademického i dalšího fungování jedince (APA, 2013). Nicméně faktem je, že SP velmi často není zaznamenáno sociálním okolím jedince včetně jeho rodičů (Valencia-Agudo et al., 2018).

3.1.1 Formy

Gillies et al. (2018) v metaanalytické studii shledali „řezání se“ jako nejběžnější typ sebepoškozování (45 %). Zoroglu et al. (2003) uvádí mezi nejčastější formy sebepoškozování údery hlavou či pěstmi (a jinými částmi těla) do zdi, řezání se, vytrhávání si vlasů, pálení se cigaretou. Všechny formy sebepoškozování v této studii vyšly bez signifikantního rozdílu v četnosti výskytu mezi chlapci a dívkami, kromě vytrhávání si vlasů, které bylo častější pro dívky (Zoroglu et al., 2003).

Kriegelová (2008) uvádí následující nejčastější metody záměrného sebepoškozování: **sebeřezání** (včetně vyřezávání nápisů a symbolů), **pálení kůže** (žhavými předměty i žíravými roztoky), **sebeopařování**, **škrábání kůže**, **sebekousání** (včetně vnitřní části úst), **propichování kůže**, **drásání ran** a narušování procesu jejich léčení, **vytrhávání si vlasů, řas i obočí** (tzv. trichotilománie), **sebetlučení** (vytváření si modřin, podlitin až zlomenin), **zabraňování průtoku krve** (svazováním krku, končetin), **požití** malého množství **toxické látky**, vkládání **ostrých předmětů pod kůži či do tělesných otvorů**. Zvláštní skupinou záměrného sebepoškozování je pak **sebetrávení** či úmyslné **předávkování** se

(neindikované či nadměrné užití léků bez cíle zemřít) (Kriegelová, 2008). Konkrétně jsou nejvíce používané žiletky, k pálení cigarety a zapalovače, k předávkování analgetika, antiflogistika, trankvilizery, hypnotika/sedativa a antidepresiva (Kriegelová, 2008).

Za zvláštní formy sebepoškozování lze považovat užívání **laxativ** a **diuretik** i **hladovění** jakožto formu sebetrestání, a to specificky v kombinaci s poruchami příjmu potravy (Rozsivalová et al., 2010).

3.1.2 Funkce sebepoškozování

V otázkách motivace nebo účelu a funkce sebepoškozování je třeba zohlednit sociokulturní kontext jedince, jeho osobnost a možné důsledky jeho jednání (Kriegelová, 2008). Nejběžnější funkcí SP bývá **regulace emocí** (Cipriano et al., 2017). Ve snaze snížit úzkost, vztek, napětí, vinu, osamělost, sebenenávist, a naopak zvýšit pozitivní pocity kontroly a jistoty si jedinec ublíží (Kriegelová, 2008). Gillies et al. (2018) uvádí pocity bezmoci a neschopnost se jinak expresivně vyjádřit (pomocí adekvátních copingových strategií). Druhou skupinou motivace k sebepoškozování je **interpersonální** kategorie, ve které účelem SP může být například sociální signalizace (Cipriano et al., 2017).

V podstatě má sebepoškozování fungovat bipolárně na dvou úrovních: 1) redukovat nepříjemné vnitřní stavy vs. generovat pozitivní emoce; a 2) sloužit k vyhnutí se interpersonálním požadavkům vs. vést k získání pozornosti či sociální podpory (Cipriano et al., 2017). Ne všichni sebepoškozující se ale dokáží svoje motivace zvědomit a pojmenovat (Kriegelová, 2008).

DSM-V uvádí tři základní intence jako podklad sebepoškozování:

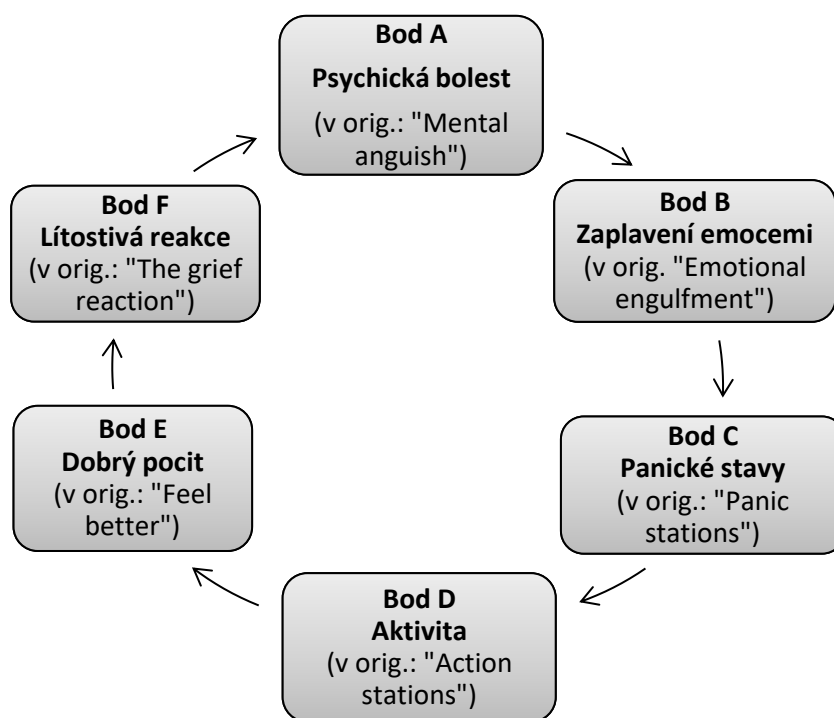
- 1) získání pocitu úlevy od negativních emocí či kognitivního stavu;
- 2) vyřešení interpersonálních potíží;
- 3) navození pozitivních pocitů (APA, 2013).

Sebepoškozování se také může stát formou **sebetrestání**, které je zmiňováno jako druhá nejčastější příčina (APA, 2013; Moller et al., 2013). Silnou motivací jsou sebepoškozujícím se jedincům pocity **úlevy** okamžitě po zásahu do tkáně (APA, 2013; Cipriano et al., 2017; Moller et al., 2013). Pokud zápolí s emoční luciditou, tedy potížemi rozpoznat, pojmenovat a adekvátně vyjádřit emoce, sebepoškodí se jednoduše proto, „**aby něco cítili**“ (Viana et al., 2018).

3.1.3 Repetitivní charakter sebepoškozování

Z přehledových studií vyplývá, že sebepoškozování je v mnoha případech repetitivního charakteru (Valencia-Agudo et al., 2018). Nicméně frekvence jednotlivých aktů sebepoškození je velmi individuální – někdy nutkání přichází v návalech (třeba i jednou za několik let), jindy i několikrát za den (Sutton, 2005).

Cyklický proces typického sebepoškozování je znázorněn na Obrázku 2 a popsán modelem Suttonové (2005):



Obrázek 2: Cyklus záměrného sebepoškozování (Sutton, 2005 in Kriegelová, 2008)

V první fázi, bodě A, jedinec cítí psychickou bolest, která je doprovázena neodbytnými myšlenkami, představami, obrazy či vzpomínkami (případně i tělesnými následky, např. v případě fyzického týrání či zneužívání) a zvyšuje se emocionální arousal. V bodě B je jedinec zaplaven emocemi, cítí vnitřní chaos a silné nepříjemné emoce, které se drží uvnitř, je zoufalý a vystrašený, může se dostavit až disociace. Ve třetím bodě (C) vnitřní napětí eskaluje v panické stavy, ztrátu kontroly, někdy opět až k disociativním stavům derealizace a depersonalizace, přičemž se objevuje silné nutkání se sebepoškodit, kterému se jedinec ještě snaží odolat. V následujícím bodě D, ve snaze převzít zpátky kontrolu, ukončit disociativní stav nebo prostě jen pro pocit bolesti či pro únik před ní (a před možnou sebevraždou) si jedinec ublíží. V této fázi jsou vyplaveny **endorfiny**, které působí na jedince analgeticky (proto většinou ani nepocítují bolest) a také mohou spustit až euforické pocity,

mírní strach a zaostří vnímání (Rozsivalová et al., 2010). Tím se dostáváme do bodu E, ve kterém se jedinec celkově cítí dobře, více emočně vyváženě, cítí se mít kontrolu či v případě potřeby potrestání cítí satisfakci. Nicméně v další fázi, v bodě F, si začíná zpětně uvědomovat následky svého jednání, což doprovází pocity lítosti, studu, viny, až sebenenávisti, které přechází v iniciální negativní emoce a myšlenky, tedy v psychickou bolest, a cyklus se začíná znovu opakovat (Sutton, 2005).

Při častém sebepoškozování někdy jedinci popisují pocity urgency a bažení po SP připomínající nález **závislosti** (APA, 2013). Existuje množství příspěvků na sociálních sítích, kde jedinci sami svoji zkušenost se sebepoškozováním přirovnávají k závislosti, což dělají proto, že jim dělá potíže s tímto jednáním přestat, aby varovali ostatní a aby ostatním předali závažnost tohoto problému (Pritchard et al., 2021). Z analýzy takovýchto online příspěvků byla vyextrahována opakující se témata typická pro zážitky sebepoškozování, která jsou společná i závislostem: craving (nutkání až obsese si ublížit), nemožnost/„nechtění“ přestat, relapsování, činnost jako copingový mechanismus (maladaptivní strategie zvládání stresu), skrývání či stud a postupné zhoršování tohoto jednání (Davis & Lewis, 2019). Sebepoškozující se jedinci popisují potřebu zvyšovat frekvenci i závažnost aktu, aby dosáhli srovnatelného výsledku (Platznerová, 2009). Existuje endorfinová hypotéza sebepoškozování založená na principu závislosti (Rozsivalová et al., 2010). Všichni máme určitou základní úroveň činnosti endogenního opiátového systému, který je ale častým sebepoškozováním nadměrně stimulován (jsou produkovány endorfiny, aby tělo „ochránilo“ jedince před bolestí), vytváří se tolerance a po přerušení činnosti a s ní spojené produkci endorfinů přichází abstinenční příznaky, jež vedou k repetici sebepoškození (Platznerová, 2009; Rozsivalová et al., 2010).

U jedinců, kteří se opakovaně sebepoškozují, byl v porovnání s jedinci v remisi zaznamenán snížený výkon v jedné ze složek **impulzivity**, tzv. „*promýšlení*“ (z angl. originálu „*premeditation*“), tzn. tendenci jednat bez ohledu na konsekvence takového jednání (Lockwood et al., 2020). To reflektuje jejich sníženou kognitivní kapacitu předvídat negativní dopady SP, a nedochází tak k inhibici sebepoškozovacího jednání na základě uvědomění si těchto konsekvencí (Lockwood et al., 2020).

3.2 Sebepoškozování a suicidium

Důležitost oddělení těchto dvou pojmů tkví v zásadních rozdílech v patogenezi a prognóze, a tím i v odlišných přístupech k léčbě a prevenci (Platznerová, 2009). Přestože

cílem sebepoškozování zpravidla není ukončení života, tedy suicidium, není vyloučeno, že by sebepoškozující se jedinci neuváděli suicidální ideace, tj. myšlenky na sebevraždu (Platznerová, 2009).

Naopak ze systematických review i metaanalýz jednoznačně vyplývá, že historie záměrného sebepoškozování je **prediktorem budoucího suicidálního jednání** (Auerbach et al., 2021; Gillies et al., 2018; Valencia-Agudo et al., 2018). U sebepoškozujících se adolescentů vychází statisticky signifikantně vyšší riziko suicidálních ideací (risk ratio = 4,97) i suicidálních pokusů (risk ratio = 9,14), přičemž toto riziko se zvyšuje s frekvencí sebepoškozování (Gillies et al., 2018). Je tedy důležité pro představu o prognóze u jedince **zaznamenávat frekvenci SP** (Gillies et al., 2018). V metaanalýze autoři Auerbach et al. (2021) specifikují, že sebepoškozování předchází suicidálním pokusům více u žen, zatímco muži po pokusech o sebevraždu historii sebepoškozování neuvádí.

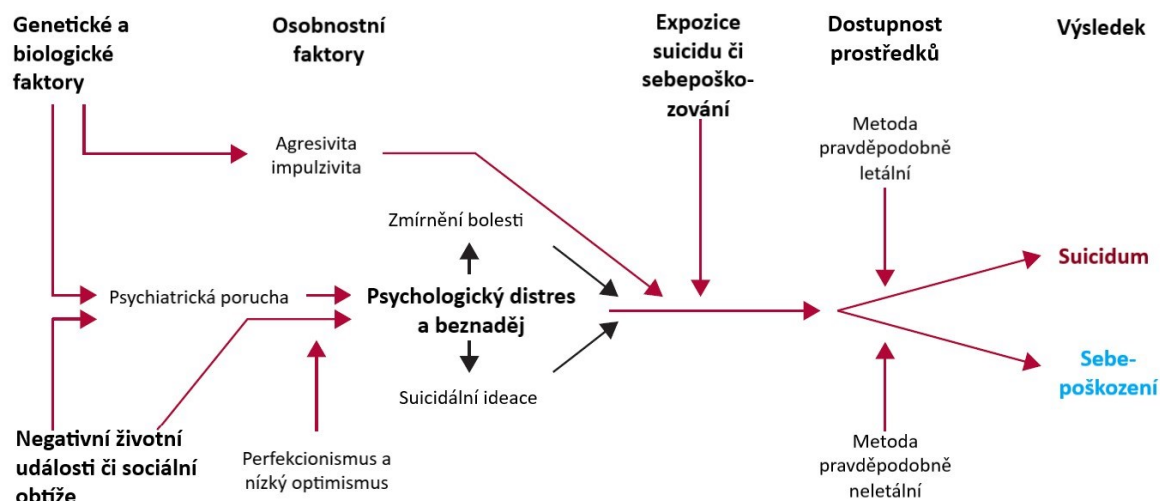
V patogenezi záměrného sebepoškozování a suicidálního jednání je hlavní rozdíl zaznamenáván ve frekvenci jednání – SP je často repetitivní, vykazuje vyšší frekvenci (Valencia-Agudo et al., 2018). Z hlediska odlišností obou fenoménů v trvání a prognóze **suicidální chování často pokračuje i v dospělosti, sebepoškozování v dospělosti zpravidla ustává** (Auerbach et al., 2021). Tento fakt zřejmě souvisí s rozdílnou motivací obou činností – o suicidium se pokouší jedinci např. s intolerancí k psychologické bolesti nebo s pocitem že jsou něčím břemenem, zatímco jedinci se sebepoškozují např. s cílem sebetrestání nebo sociální signalizace (Auerbach et al., 2021).

Suicidální jednání a sebepoškozování mají i společné charakteristiky – například v etiologii významným prediktorem obou fenoménů je, když jsou mu jedinci vystavováni mezi vrstevníky nebo vykazují-li depresivní symptomy (Valencia-Agudo et al., 2018). Některé studie také uvádí, že mezi suicidálními ideacemi a sebepoškozujícími ideacemi nezaznamenaly rozdíl (Valencia-Agudo et al., 2018).

3.3 Etiologie

Dospívající se uchýlí k sebepoškozování v důsledku komplexního působení genetických, biologických (e.g. serotoninová imbalance), psychiatrických, psychologických (e.g. osobnostní impulzivita a perfekcionismus), sociálních a kulturních faktorů (Hawton et al., 2012). Cipriano et al. (2017) rozlišují dvě hlavní kategorie příčin sebepoškozování: individuální (e.g. emoční dysregulace, psychiatrická onemocnění) a environmentální (e.g. syndrom CAN, poruchy přichylnosti). Upozorňují ale na zohlednění jejich **vzájemné**

interakce (Cipriano et al., 2017). Na Obrázku 3 můžeme vidět model interakce působení všech klíčových faktorů rozvoje sebepoškozování a suicidálního jednání (Hawton et al., 2012).



Obrázek 3: Klíčové rizikové faktory sebepoškozování a suicida v dospívání (Hawton et al., 2012)

Někdy je také uváděno rozdělení sebepoškozování dle jeho etiologie na: a) impulzivní – v etiologii např. úzkost a syndrom CAN; b) kompulzivní – v etiologii obsedantní rysy osobnosti (Platznerová, 2009).

Autoři v problematice etiologie a faktorů predisponujících k sebepoškozování upozorňují na limity dosavadních výzkumů – zdůrazňují, že se provádí nejčastěji průřezové studie (pro určení prediktorů by byly vhodnější longitudinální studie), výzkumy se mj. často provádí na klinické populaci a problematickou je i operacionalizace různých termínů užívaných pro sebepoškozování (Valencia-Agudo et al., 2018).

3.3.1 Individuální/intrapsychické rizikové faktory

Mezi nejčastěji uváděnými individuálními či intrapsychickými rizikovými faktory jakožto prediktory rozvoje sebepoškozování jsou **deprese, úzkosti, sebezranění v osobní anamnéze** nebo **nízké sebevědomí** (Moller et al., 2013; Valencia-Agudo et al., 2018). Po intrapsychické stránce mají sebepoškozující se adolescenti (s i bez historie syndromu CAN) společný pocit invalidizace – zpochybňují své emoce, považují je za nesprávné či zakázané (Rozsivalová et al., 2010). Při hodnocení individuálních faktorů vyplynulo, že emoční dysregulace, intenzita afektivity/reaktivita (u mužů) a schopnost adekvátně vyjadřovat emoce (u žen) může predikovat frekvenci NSSI (Cipriano et al., 2017).

V rámci zkoumání etiologie sebepoškozování je také diskutována **impulzivita** jako osobnostní vlastnost predisponující k sebepoškozování. Moller et al. (2013) upozorňují, že asociace sebepoškozování a vyšší impulzivity musí být ještě lépe prozkoumána. Nicméně Lockwood et al. (2020) uvádí, že u jedinců ve střední či pozdní adolescenci s SP převažují z podsložek impulzivity hlavně tzv. „*negativní urgency*“, tedy vyšší tendence k impulzivním reakcím na intenzivní negativní emoce. To je v širším kontextu považováno za jednu ze strategií emoční regulace – ukvapené impulzivní jednání (e.g. sebepoškozování) přinese okamžitou úlevu či distrakci od zesíleného emočního nabuzení (Lockwood et al., 2020). Zároveň zjistili, že započetí sebepoškozování v rané adolescenci predikuje podsložka impulzivity tzv. „*vyhledávání podnětů*“ (z angl. originálu „*sensation seeking*“), tj. tendence vyhledávat nové, vzrušující, až riskantní situace (Lockwood et al., 2020).

Mezi rizikové faktory, se kterými je sebepoškozování signifikantně asociováno, patří **užívání návykových látek** (Moller et al., 2013). Z návykových látek byly shledány jako nerizikovější alkohol, poté nelegální drogy, ale i tabákové výrobky (Moller et al., 2013). Výsledky metaanalýzy výzkumníků Escelsior et al. (2021) naznačují také signifikantní asociaci mezi sebepoškozováním a užíváním kanabinoidů (1,6–2,6krát vyšší riziko), přičemž toto riziko se ještě zvyšuje v kombinaci s dalšími duševními onemocněními, depresivními symptomy, emoční dysregulací a impulzivními vlastnostmi. Obzvláště upozorňují na psychotomimetické účinky syntetických kanabinoidů (Escelsior et al., 2021). Souvislost SP s návykovými látkami je vysvětlována podobnými motivacemi v počátcích těchto aktivit a zhoršenou kontrolou impulzů např. po požití alkoholu (Moller et al., 2013). Zároveň náruživější uživatelé návykových látek častěji vykazují negativní afektivitu a s ní spojenou depresi a úzkosti, které ještě riziko SP zvyšují (Moller et al., 2013).

Do individuálních rizikových faktorů můžeme řadit i **biologické** predispozice, jako například neurální alterace, které jsou v kombinaci s expozicí specifickému prostředí – akutnímu stresu a s ohledem na celkově bouřlivé období adolescence – dispozicemi, které zvyšují pravděpodobnost suicidálního i non-suicidálního chování (Auerbach et al., 2021). Při zasažení jakékoliv úrovně neurobiologického systému vyhýbání se hrozbám a systému regulace je snižována kapacita jedince zapojit kompenzační strategie (e.g. do budoucna orientované myšlení, kognitivní flexibilitu), které by jinak omezily suicidální i automutilační tendence (Auerbach et al., 2021).

3.3.2 Environmentální rizikové faktory

Období adolescence je typické hojností interpersonálních stresorů (v souvislosti s přesunem závislosti na rodičích k závislosti na vrstevnících), které v kombinaci s neurologickými dispozicemi facilitují přechod ze (suicidální i automutilační) ideace na jednání (Auerbach et al., 2021).

Z environmentálních rizikových faktorů rozvoje SP u dospívajících je nejvíce zdůrazňována role **historie sexuálního zneužívání, posttraumatické stresové symptomy, šikana a sebepoškozování u vrstevníků** (Valencia-Agudo et al., 2018). Také je třeba zohlednit aktuální **psychopatologii rodiče** (Rozsivalová et al., 2010; Valencia-Agudo et al., 2018). Kromě sexuálního zneužívání jsou v etiologii sebepoškozování významné i další **faktory rodinného zázemí**, jako je emocionální klima v rodině (e.g. emočně nepřítomný rodič), dále rigidní či příliš kontrolující rodič, ale i setřelé mezigenerační hranice (Rozsivalová et al., 2010). Heerde & Hemphill (2019) upozorňují na statisticky významnou asociaci sebepoškozování s **šikanou**, a to v pozici její oběti i jejího pachatele. Souvislosti SP s kyberšikanou ještě musí být blíže prozkoumány (Heerde & Hemphill, 2019).

Existují již přesvědčivé výzkumné důkazy o tom, že syndrom CAN (či ACE) je prediktorem rozvoje sebepoškozovacího chování později v dospívání, a dokonce i v dospělosti (Cipriano et al., 2017; Alharbi et al., 2020). U adolescentů s historií adverzních dětských zkušeností bylo shledáno **riziko sebepoškozování 1,75krát** (u chlapců) až **1,83krát** (u dívek) **vyšší** (Duke et al., 2010). Podobně tomu je i s rizikem suicidálních myšlenek (OR = 1,85 u chlapců a OR = 1,88 u dívek) a také suicidálních pokusů (OR = 2,06 u chlapců a OR = 1,88 u dívek) (Duke et al., 2010). Při zkoumání konkrétních typů událostí bylo zaznamenáno nejvyšší riziko sebepoškozování u dívek v souvislosti s fyzickým týráním dospělou pečující osobou (OR = 4,34) a sexuálním zneužíváním nepříbuznou osobou (OR = 4,16) (Duke et al., 2010). U chlapců vyšlo nejvyšší riziko sebepoškozování v souvislosti se sexuálním zneužíváním příbuznou osobou (OR = 6,14) a nepříbuznou osobou (OR = 5,56) (Duke et al., 2010). Výsledky naznačují, že chlapci, kteří zažili sexuální zneužívání, ale i fyzické týrání, mají nejen zvýšené riziko sebepoškozování, ale také riziko suicidálních myšlenek (OR = 4,98–6,50) a suicidálních pokusů (OR = 6,58–11,08), a to dokonce ve větší míře, než je rizikovost těchto jevů u dívek (Duke et al., 2010). Nutno podotknout, že výstupem studie bylo i zjištění, že chlapci tyto zážitky s menší pravděpodobností nahlásí (Duke et al., 2010).

Jak bylo výše popsáno (viz kapitoly 1 a 2), trauma v souvislosti s dětstvím a dospíváním významně zasahuje do vývoje emoční regulace, jedinci jsou dlouhodobě zvýšeně nabuzeni (je pro ně o to složitější regulovat emoce) a více emočně vulnerabilní (Gratz, 2003). Takto vzniklá emoční dysregulace je přímou spojnicí mezi vystavením syndromu CAN a sebepoškozováním v dospívání (Peh et al., 2017) **Sebepoškozování se stává maladaptivní strategií, jak emoční dysregulaci ovládnout** (Gratz, 2003; Peh et al., 2017). Je únikovou cestou z emoční otupělosti způsobené dlouhodobým působením traumatu (Sami & Hallaq, 2018). Také sebepoškozování zasaženým pomáhá vypořádat se se stavem neustálého zvýšeného nabuzení (Alharbi et al., 2020).

V neposlední řadě mají na podkladě posttraumatické symptomatologie v oblasti vyhledávání rizik adverzní dětské zkušenosti **kumulativní efekt** ve zvyšování rizika **delikventního a násilného chování**. Je typické, mimo sebepoškozování a suicidální myšlenky/pokusy, také častější šikanování, brachiální násilí, násilí v partnerských vztazích a nošení zbraně (v kultuře USA), užívání návykových látek i útěky z domova (Duke et al., 2010; Kerig, 2019).

4. Resilience v kontextu traumatu a sebepoškozování u dospívajících

Resilience je aktivní proces vedoucí k pozitivní adaptaci na prožitou adverzní zkušenost (Fayyad et al., 2017). Má moderující roli v tom, jaký dopad budou mít prediktory sebepoškozování na jedince (Viana et al., 2018). Jedná se o individuální kapacitu tolerance distresu (Viana et al., 2018). Reakce dospívajícího na traumatickou událost vyplývá z veškerých rizikových i protektivních faktorů, osobnosti dítěte, jeho obranných a adaptivních mechanismů (Kocourková & Koutek, 2019). Na jednu stranu existují takové děti, které adverzní zkušenosti (potažmo přímo syndrom CAN) překonají bez trvalých poškození, na stranu druhou mnoho dětí s těmito zážitky bude zasaženo a formováno jeho konsekvencemi po celý zbytek života (Putnam, 2006).

V toleranci distresu jsou zdůrazňovány aspekty jako předešlé negativní zkušenosti, impulzivita, nízké sebepojetí a emoční lucidita (Valencia-Agudo et al., 2018; Viana et al., 2018). Ve zvládání traumatických událostí hrají roli také temperament a inteligence zasaženého v kombinaci se sociální podporou dospělých či institucí (Putnam, 2006).

Mezi protektivní faktory řadí Kocourková & Koutek (2019) hlavně **stabilní rodinu, podporu širší sociální sítě** a neopomíjí ani **možnost včasné odborné intervence**. Stejně tak Matoušek (2017) zdůrazňuje bezprostřední reakce rodiny jako významný faktor dopadů traumatu na malé děti. Autoři Brom et al. (2009) v otázce resilience zvládání traumatu hovoří o kapacitě kognitivního zpracování (v angl. originále „*cognitive processing*“) traumatické události, a to s přihlédnutím k vývoji kognice dítěte v momentě zasažení traumatem. Pro zpracování informace je třeba mít stabilní rámec, do kterého informace bude asimilována, a pokud ho dítě ještě nemá stabilně rozvinutý, nová informace může stávající rámec pozměnit (Brom et al., 2009). Zážitky brzké traumatizace tak mohou dítěti narušit kognitivní schémata pozitivního vnímání světa a sebe sama (Brom et al., 2009). Zásadní roli ve tvorbě tohoto stabilního kognitivního schématu chápání světa hrají dle autorů **rodiče**, jelikož **reprezentují stabilitu prostředí dítěte** během jeho vývoje (Brom et al., 2009). V neposlední řadě upozorňují na důležitost dobře rozvinutých procesů regulace a běžné hladiny nabuzení (ani zvýšené, ani snižené), aby dobře fungoval proces kognitivního zpracovávání (Brom et al., 2009). Pro zvýšení resilience dítěte mohou rodiče např. být podporou, vést své dítě při studiu a vyhledávat společné volnočasové aktivity (mimo koukání na televizi, které jako protektivní faktor shledáno nebylo) (Fayyad et al., 2017).

Dalšími protektivními faktory jsou **pozitivní sebehodnocení, odpouštění sobě sama, attachment** (jistý) a s ním související **vyhledávání podpory**, které zmírňují suicidální myšlenky a chování (Nagra et al., 2016). Tyto faktory mohou pozitivně moderovat dopad ostatních rizikových faktorů (e.g. duševního onemocnění, traumatu) na jedince (Nagra et al., 2016). Působí protektivně i vůči rozvinutí sebepoškozování nebo mohou být alternativně jakýmsi „nárazníkem“, který brzdí jedince v přechodu ze sebepoškozování k suicidu (Nagra et al., 2016). Schopnost odpouštět sobě sama je zvláště důležitá u jedinců, kteří se sebepoškozováním trestají – pokud si dokážou odpustit, že si opakovaně ublížili, nemusí se situace vystupňovat až k sebevraždě (Nagra et al., 2016).

Zjištěním jedné studie bylo, že nízká emoční lucidita vede k sebepoškozování (mj. s rizikem suicida) i u jedince s jinak vysokou tolerancí k distresu (Viana et al., 2018). Je možné, že jde o reciproční proces, tedy že sebepoškozování zvyšuje jedincovu resilienci opakovanými zážitky fyzické a psychické bolesti (Viana et al., 2018).

Schopnost zvládání traumatických zážitků souvisí také se zmiňovanou hladinou kortizolu – ukazuje se, že děti velmi vystresovaných matek s vysokými hladinami kortizolu vykazují i samy hladiny kortizolu zvýšené (Putnam, 2006). Tyto děti také mají sníženou schopnost interakce s pečovateli (Putnam, 2006).

4.1 Psychologické intervence

Z hlediska traumatizace je nutné v rámci péče zabránit sekundární traumatizaci, být připraven na krizové situace, respektovat způsob vyjadřování traumatu dítětem, zaměřit se na emoce, kognitivní zpracování a postupnou integraci traumatického zážitku, a to ve spolupráci s blízkými osobami (Kocourková & Koutek, 2019). Vzhledem k neurobiologickým dopadům traumatizace na mozek a jeho funkce je třeba v terapii neopomenout hlavně sníženou reaktivitu na hrozby, pozměněnou toleranci k riskování a změny v rozhodovacích schopnostech (Cisler & Herringa, 2021).

Autoři Nagra et al. (2016) vidí potenciální přínos v intervencích zaměřených na vytvoření **sociální sítě** a v podpoře pozitivního sebeobrazu v prevenci suicidality sebepoškozujících se jedinců. V souvislosti s dopady socializace na dospívání jsou doporučovány intervence se zaměřením na zlepšování prosociálního chování (Andrews et al., 2021). Zajímavým přínosem mohou být intervence vedené peery (samotnými vrstevníky) a cílené na sociální normy (Andrews et al., 2021). Zapojení sociální opory (primárních pečovateli i vrstevníků), která je v období dospívání zcela klíčová, je užitečné

kromě subjektivního významu pro jedince i z hlediska neurovývojového (Cisler & Herringa, 2021).

Pro ranou adolescenci (či u klinicky úzkostných jedinců) se ukazuje být užitečný trénink adaptivních strategií **emoční regulace** místo jimi využívaných maladaptivních strategií, a to specificky v nejasných či riskantních sociálních situacích (Andrews et al., 2021). Mezi tyto adaptivní strategie patří např. distrakce, akceptace a kognitivní restrukturalizace (Andrews et al., 2021). Viana et al. (2018) navrhuje v rámci odborné psychiatricko-psychologické péče zahrnout práci s emoční luciditou – „učení se“ jak rozpoznat, pojmenovat a diskutovat o různých emočních stavech.

Autoři Cisler & Herringa (2021) mezi vhodné terapeutické nástroje navrhuje kognitivně-behaviorální techniky a mindfulness (především v otázce emoční regulace). Také Putnam (2006) navrhuje využití kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) a na trauma zaměřené KBT, která kromě primární práce s dítětem zahrnuje i několik terapeutických setkání s rodičem – tím, který nezpůsobil syndrom CAN. Putnam (2006) též zmiňuje Rodič–dítě interakční terapii (z angl. originálu *Parent-Child Interaction Therapy, PCIT*), která dle výzkumů snižuje počet epizod opakovaného fyzického týrání v rodinách a má zlepšovat kvalitu vazby mezi rodičem a dítětem. Funguje na principu koučování rodiče/pečovatele v pozitivní interakci s dítětem, jeho zapojení do aktivit dítěte, ale i v nastavení hranic a ukáznění dítěte.

4.2 Primární prevence

Z metaanalýzy Gillies et al. (2018) vyplývá, že přestože pomoc vyhledá více než polovina sebepoškozujících se jedinců, většinou ji hledají „pouze“ u svých přátel a vrstevníků. Rodiče často ani netuší, že si jejich dítě ubližuje – z výzkumů je patrné, že dospívající sami uvádí SP až 4krát častěji, než ho uvádí jejich rodiče (Gillies et al., 2018). Proto by bylo velmi přínosné zahrnout toto téma do primární prevence.

Papachristou & Flouri (2020) doporučují zacílit intervence primární prevence na děti vykazující emoční (internalizující) problémy již v mladším školním věku s potenciálem prevence nepříznivých výstupů v podobě deprese či sebepoškozování v dospívání. Gillies et al. (2018) zase doporučují cílit primární prevenci sebepoškozovacího chování na věk kolem 13 let, kdy se nejčastěji se sebepoškozováním začíná. To by mohla být také efektivní intervence ve snižování pozdějšího rizika suicida (Gillies et al., 2018).

Autoři Nagra et al. (2016) vidí potenciální přínos v intervencích zaměřených na vytvoření sociální sítě a na podporu pozitivního sebeobrazu v prevenci suicidality sebepoškozujících se jedinců. Gillies et al. (2018) navrhuje programy edukace na téma podpory sebepoškozujících se jedinců. Tyto programy by cílil na nesebepoškozující se adolescenty, jelikož právě u nich sebepoškozující se jedinci vyhledávají nejčastěji pomoc, a tím jim působí distres z toho, že na takovou pomoc nejsou adekvátně vybaveni (Gillies et al., 2018). Další užitečnou intervencí by mohly být preventivní strategie zvládání náročných pocitů a oslovování negativních pocitů vůči sobě (Gillies et al., 2018).

Výzkumná část

5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Sebepoškozování je aktuálně v psychologické obci velmi diskutovaným tématem – zvláště v oblasti (dětské) klinické psychologie můžeme na toto téma u klientů často narazit v kombinaci s traumatem v osobní anamnéze. Proto je hlavním **cílem** tohoto výzkumného projektu holisticky zmapovat dílčí charakteristiky sebepoškozování a porozumět vývoji jeho dynamiky specificky u populace dospívajících, kteří mají v osobní anamnéze traumatický zážitek.

Pro dosažení cíle budou u zařazených respondentů zmapovány charakteristiky a další okolnosti sebepoškozování vycházející z literárně přehledové části této práce. Vzhledem k designu této výzkumné studie byly výzkumné otázky průběžně revidovány a přidávány i v průběhu sběru dat. Ve výsledku byly v rámci výzkumného projektu stanoveny následující **výzkumné otázky**:

- 1) Jaký druh **traumatické události** dospívající jedinec prožil?
- 2) Jaké **formy** sebepoškozování volí jedinec s traumatickým zážitkem? Jaké nástroje k tomu využívá?
- 3) Jak dlouho sebepoškozování **trvalo/trvá** u dospívajícího s traumatickým zážitkem? V jaké **frekvenci** k sebepoškozování dochází?
- 4) Co jedince s traumatickým zážitkem akutně vede k aktu sebepoškození? Co je jeho akutní **příčinou/spouštěčem**?
- 5) Co je **funkcí** sebepoškozování pro daného jedince s traumatickým zážitkem? Co mu sebepoškozování přináší?
- 6) Vyskytují se u dospívajícího jedince s traumatickým zážitkem souběžně se sebepoškozováním také **suicidální tendence**? Pokud ano, jakou mají formu?
- 7) Jaké jsou **zdroje podpory resilience** u dospívajícího jedince s traumatickým zážitkem ve zvládání sebepoškozování?
- 8) Jak se u jedince s traumatickým zážitkem sebepoškozování **vyvíjelo v čase**?

6. Design výzkumného projektu

Výzkumný projekt této práce vznikl na základě spolupráce s Dětským krizovým centrem, z. ú. (dále také jen DKC), kde se problematika sebepoškozování objevuje v péči ve všech poskytovaných službách (v dlouhodobějších službách sociálně aktivizačních, klinickopsychologických, v krizové pomoci tváří v tvář i na lince důvěry). Zároveň je vzhledem ke specializaci centra na problematiku syndromu CAN u většiny klientů přítomný traumatický zážitek/zážitky v osobní anamnéze. Design výzkumného projektu je limitován a zcela v souladu s interními předpisy Dětského krizového centra, a to s důrazem na způsob nakládání s citlivými informacemi o klientech centra. Samotné téma výzkumného projektu vychází z konzultovaných aktuálních potřeb Dětského krizového centra. Zároveň vnímám, že v psychologické obci je momentálně dané téma palčivým problémem, který si zaslouží pozornost a hlubší prozkoumání. Porozumění této problematice může pomoci odborníkům v naší oblasti ve vytváření účinných nástrojů léčby sebepoškozování u traumatizovaných dospívajících.

S ohledem na etické hledisko zatěžování traumatizovaných klientů výzkumným šetřením a v souvislosti s omezenými možnostmi setkávání se kvůli pandemii covidu-19, spočívá výzkumný projekt v podrobné analýze spisové dokumentace vedené o zařazených případech.

6.1 Typ výzkumu

Vzhledem k tomu, že cílem tohoto výzkumu je holisticky porozumět fenoménu sebepoškozování u traumatizovaných dospívajících, byl zvolen **kvalitativní přístup** zkoumání. Ten umožňuje všestranně zhodnotit zkoumaný fenomén v rámci širšího kontextu (v tomto případě kontextu dospívání a zároveň traumatizace) a neomezuje se pouze na standardizované otázky a odpovědi týkající se izolovaně problematiky sebepoškozování a zvláště problematiky traumatizace, jako by tomu bylo u kvantitativní studie. Výsledkem tedy nebudou obecně platná tvrzení, ale explorace daného tématu může spíše přinést podněty k budoucímu kvantitativnímu testování.

Zároveň některé studie (Valencia-Agudo et al., 2018) upozorňují na nevhodnost průřezového typu výzkumu pro zkoumání etiologie sebepoškozování, proto k tomuto výzkumnému projektu bude přistupováno z **longitudinálního pohledu**. Budou zahrnuty případy klientů, kteří byli v centru v dlouhodobé péči. Jednotlivé případy budou zkoumány v celém rozsahu péče v Dětském krizovém centru, konkrétně **metodou zakotvené teorie**.

6.2 Metody získávání dat

Sběr dat probíhal formou prohledávání databáze klientů DKC s cílem najít takové případy, ve kterých se během péče objevilo téma sebepoškozování a zároveň bylo možné identifikovat i konkrétní traumatický zážitek. Pro zachycení aktuálního fungování fenoménu sebepoškozování byly zahrnuty případy péče pouze z posledních pěti let (2016-2021).

Vzhledem k tomu, že do DKC dochází děti již od útlého věku, byli v prvním kroku sběru dat vyfiltrováni všichni klienti mladší 11 let (v době docházení do péče). Dalším filtrem pro zařazení do výzkumu byla délka péče, která musela čítat alespoň pět a více setkání s klientem. V druhém kroku byly vytipovány případy dospívajících klientů centra, u kterých se kdykoliv v průběhu péče objevilo sebepoškozování. V třetím kroku byla mapována existence traumatického zážitku v osobní historii těchto klientů.

Následně již byly shromažďovány veškeré záznamy ve spisové dokumentaci o probíhající péči vybraných respondentů. Během této fáze musely být ještě vyřazeny ty případy, ve kterých sice bylo sebepoškozování okrajově zmíněno, ale nebylo během péče blíže dostatečně podrobně zmapováno. To se dělo například v situacích, kde téma sebepoškozování přinesl rodič, který klienta do DKC přivedl, ale klient v průběhu péče výskyt SP zcela negoval. Také byli vyřazeny případy, v nichž bylo sebepoškozování pravděpodobně jiné etiologie než důsledkem traumatizace (e.g. diagnóza ADHD a poruch autistického spektra). Jednoznačným důvodem k nezařazení do výzkumu byl také klientem vyslovený nesouhlas s nahlížením studentů připravujících se na výkon profese psychologa do jejich dokumentace.

I vzhledem k četným opatřením v souvislosti s pandemií covidu-19 byl sběr dat v DKC rozložen do období leden–červen 2021.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Aby bylo možné s daty jakkoliv nakládat, byla v první řadě u shromážděných dokumentů provedena kompletní anonymizace identifikačních údajů – promazání veškerých osobních údajů, dle kterých by bylo možné klienta identifikovat. To zahrnovalo promazání data narození, místa bydliště, ale i názvů škol, do kterých klienti dochází, telefonních čísel, jmen a příjmení klientů, ale i jmen a příjmení jakýchkoliv dalších zainteresovaných osob (včetně jmen pracovníků centra a dalších odborníků, ke kterým klient docházel). Později uváděná křestní jména respondentů byla vybrána a přiřazena náhodně. Pro maximální ochranu extrémně citlivých informací o klientech zařazených do výzkumu nebudou tyto

dokumenty zveřejněny v příloze, budou však uloženy a na vyžádání v této anonymizované formě k nahlédnutí v archivu Dětského krizového centra.

Následná analýza dat byla rozdělena do dvou částí: nejdříve byly vyhledány odpovědi na výzkumné otázky pro každého respondenta individuálně, čímž vznikly medailonky jednotlivých respondentů zahrnující širší kontext rozvoje a pozdější průběh jejich sebepoškozování. Sepsány byly formou krátkých **kazuistik**. Ve druhé fázi byl zkoumán již samotný fenomén sebepoškozování v kontextu traumatu u dospívajících. V této fázi byla data analyzována dílčími kroky **metody zakotvené teorie**. V první řadě byly v dokumentaci vyhledány významové jednotky v rámci otevřeného kódování později přecházejícího v selektivní kódování (Řiháček et al., 2013). Takto byly vytvořeny koncepty, mezi kterými byly následně hledány teoretické vztahy (Řiháček et al., 2013). K realizaci analýzy byl využit počítačový software Atlas.ti.

6.4 Etika výzkumu

V rámci realizace tohoto výzkumného projektu byl velký důraz kladen na dodržování etických zásad vědecko-výzkumné práce a Etického kodexu psychologické profese vydaného etickou komisí Českomoravské psychologické společnosti. Etické aspekty celého výzkumného projektu a z něj vycházející design studie byly konzultovány s vedoucí této práce i ředitelkou DKC PhDr. Duškovou. Nejdůležitějším řídicím principem etiky tohoto výzkumu je princip **beneficence**, tedy prospěšnosti zkoumání, a **nonmaleficence** neboli nepůsobení újmy zařazeným respondentům. Beneficence tohoto projektu je nastíněna v jiných kapitolách této práce.

Respondenti zařazení do tohoto výzkumu vyhledali služby DKC pro závažné dopady traumatizace na jejich běžné fungování. Pro zaručení toho, aby již takto zatíženým jedincům nebyla působena další újma, bylo nemyslitelné, aby byli vystavováni výzkumnému dotazování (v podobě rozhovorů aj.). Z toho důvodu byl celý výzkumný design přizpůsoben tak, že bylo pracováno pouze se záznamy z vyšetření a podpůrné péče, které byly pro účely studie rozsahem zcela dostačující. Samozřejmostí je, že byli zařazení do studie pouze ti klienti DKC, kteří **dobrovolně** podepsali **informovaný souhlas** s nahlížením studentů do jejich spisové dokumentace za účelem přípravy na budoucí výkon profese psychologa (či sociálního pracovníka). V případě dětských klientů tak učinili jejich zákonní zástupci. Jak již bylo zmíněno výše, pro maximální ochranu citlivých informací v podrobných

záznamech o péči klientů byla provedena pečlivá anonymizace všech identifikačních údajů a zároveň tyto záznamy nebudou zveřejněny v rámci této práce jako přílohy.

7. Výzkumný soubor

Již samotné téma práce zasazuje výzkumný soubor do klinické populace. Výběr souboru je **nenáhodný**, vychází z dostupných dat ve spolupráci s Dětským krizovým centrem. Ze základního souboru klientů DKC byli do výběrového souboru zařazeni ti klienti, kteří splňovali všechna následující kritéria:

- během péče byli ve vývojovém **období dospívání** (věk 11–20 let);
- v anamnéze lze stanovit **potenciálně traumatický zážitek**;
- vykazovali **symptomatologii PTSP**;
- **sebepoškozovali se**;
- absolvovali v rámci péče minimálně **5 a více setkání**;
- podepsali **informovaný souhlas**.

Důvody k vyřazení respondenta z výběrového souboru byly:

- jiná etiologie sebepoškozování než trauma (e.g. klienti s poruchou autistického spektra či ADHD);
- nedostatečné zmapování SP v péči (e.g. klient zcela negoval výskyt SP).

Ve finále bylo do výzkumu zařazeno 20 respondentů (N = 20). Většina (95 %) respondentů byla ženského pohlaví, mužského pohlaví byl pouze 1 respondent. Není snadné určit přesné věkové rozložení souboru, jelikož se jedná o longitudinální přístup – velká část případů zahrnuje několik let průběhu péče. Věk respondentů je tedy rozložen do celého období dospívání.

8. Výsledky

Výsledky a jejich interpretace je rozdělena do dvou částí. Nejdříve jsou představeny kazuistiky jednotlivých respondentů, obsahující odpovědi na výzkumné otázky individuálně pro každého respondenta a zachycující dynamiku vývoje sebepoškozování v čase. V druhé části jsou shrnuty výsledky analýzy s rozdělením na jednotlivé fenomény sebepoškozování dle výzkumných otázek.

8.1 Kazuistiky

<i>Respondent 1:</i> Tomáš <i>11–17 let</i> <i>(trvání SP 6 let)</i>	<p>Tomáš přichází do péče z důvodu sebepoškozování ve věku 16 let na žádost matky. V anamnéze polytraumatizace: úmrtí otce (kterého nikdy nepoznal), dále byl svědkem domácího násilí na matce a později šel jeho subjektivně vnímaný otec do výkonu trestu odnětí svobody, kde spáchal sebevraždu. Tomáš se od cca 11 let sebepoškozuje v řádu jednotek za měsíc – mlátí pěstmi do věcí (dveří či stěn) i do sebe (pěstmi do obličeje), škrábe se. SP mu slouží ke zmírnění, ventilaci vzteku, přesměrování tendence k násilí na sebe sama. Nakonec přichází úleva. Objevují se u něj i suicidální myšlenky, jednou se v opilosti impulzivně pokusil o sebevraždu. Jako spouštěče sebepoškozovacího chování byly shledány hádky v rodině (hl. opakované výtky matky) a rozchod či potíže v partnerských vztazích. V překonání SP mu pomáhá poslech hudby, sociální opora (přátelé, partnerka, ale i matka) a nejvíce domácí mazlíček (cvičení, péče o něj). Od počátků se SP objevuje nárazově, ve vlnách s cca tříměsíčními rozestupy, výrazné zlepšení bylo zaznamenáno (i matkou) po čtyřech měsících psychologické péče – Tomášovi se více daří zklidňovat vztek procházkou, mizí SP i suicidální myšlenky. V 17 letech péče ukončena.</p> <p>Pozn.: Po sebevraždě druhého otce Tomáš uvádí pravidelné užívání marihuany (denně po 2 roky), později reflektuje a omezuje na cca 2krát/měsíc, experimentální užití pervitinu, občasně alkohol s kamarády.</p>
<i>Respondent 2:</i> Monika <i>13–16 let</i>	<p>Monika přichází do péče ve věku 15 let na žádost matky pro nedávné znásilnění na večírku vrstevníkem (17 let). V anamnéze má historii poruchy příjmu potravy, v jejíž souvislosti se 1krát pořezala žiletkou</p>

<p>(trvání SP 3 roky)</p>	<p>(cca ve 13 letech), matka také uvedla nadužívání léků. Monika jednorázově omezila příjem potravy (na několik dnů) a uvádí nárazově, několikrát do měsíce, myšlenky na SP v souvislosti s traumatem – konkrétně při setkání s pachatelem, při vtíravých myšlenkách, flashbackích z traumatické události a při samotě, nudit (pokud není něčím zaměstnaná). Překonat nutkání si ublížit jí pomáhá objetí s matkou a sourozenci, čas venku s přáteli, partner, dále astroložka, kotvící a relaxační techniky, poslech hudby a sledování filmů nebo seriálů. Po roce v péči Monika uvádí méně časté záchvaty smutku, cítí se stabilnější a péče je ukončena (v 16 letech).</p> <p>Pozn.: V průběhu péče narážíme mj. na témata užívání alkoholu s přáteli a kladný vztah otce k alkoholu.</p>
<p><i>Respondent 3:</i> Kateřina (?)min. 13–17 let (trvání SP min. 4 roky)</p>	<p>Kateřina poprvé přichází do péče ve 13 letech na žádost obou rodičů po odtažení 5 let probíhajícího sexuálního zneužívání (cca od Kateřininých 7 let). Pachatelem byl o 3 roky starší vrstevník. V anamnéze má další traumatické zážitky jako smrt prababičky (v dětství), dále také úmrtí sourozence ještě v prenatálním období a retraumatizující zážitky ve formě konfrontace se sexuálním chováním členů rodiny. Sebeпоškozování se rozkrývá v průběhu péče – pořezání žiletkou kvůli hádce s kamarádkou (navíc Kateřina zaznamenala SP u sestřence). Předchozí trvání je nejasné, doprovázeno suicidálními myšlenkami (ty v péči neguje – motivací k životu jsou kamarádi). Účelem SP se jeví být sociální signalizace. V rámci péče (kolem 14. roku) pod kontrolou rodičů a s podporou kamarádky s podobnými zkušenostmi (sexuální zneužívání) SP ustává. Do Kateřininých podpůrných zdrojů patří také procházky se psem, skaut, malování a tanec.</p> <p>Po dvouleté pauze se v 16 letech Kateřina vrací do péče pro silné úzkosti (panické ataky doprovázené poruchami spánku, zvracením), vrací se i SP a suicidální myšlenky. Spouštěčem jsou konflikty s vrstevníky, SP tentokrát slouží k přesměrování od úzkostí a symptomatologie PTSP k bolesti. Dalšími zdroji podpory se jí stává jóga, spiritualita, výtvarná a hudební činnost, sledování seriálů, vše je</p>

	<p>posilováno (včetně vztahů v rodině – dříve silně odmítané). Sebedestruktivní smýšlení opět mizí (17 let).</p> <p>Pozn.: Genetická zátěž v podobě bipolární afektivní poruchy v širší rodině.</p>
<p><i>Respondent 4:</i></p> <p>Valerie</p> <p><i>13–14 let (?)</i></p> <p><i>(trvání SP min. 1 rok)</i></p>	<p>Valerie, 14 let, vyhledává péči sama (v doprovodu kamarádky). Má rozvedené rodiče, kteří jsou neustále v konfliktu, matka hodně křičí. Valerie již vystřídala 4 školy – je odmítána kolektivem (sprostě jí nadávají), nemá tam kamarády. Přichází řešit potíže se sebepoškozováním – řeže se na zápěstí, trvá to cca rok (od 13 let), dělo se to nejdříve zřídka, pak i každý den, poté 1krát za 2–3 dny, nyní se měsíc neporezala, ale neustále na to myslí. Poprvé SP spojuje se známky ve škole (je možná inspirace kamarádkou ve škole – nyní trend a dělají to společně), jinak se to děje po hádkách s matkou či s vrstevníky ve škole. Někdy řezání se nahrazuje kouřením. Přináší jí to subjektivně úlevu, dle matky jde o sociální konformitu, možná i funkce sociální signalizace. Valerie myslí i na sebevraždu, měla již množství plánů, uvádí i pokus (předávkování se léky). V minulosti pomáhalo malování, nyní nejvíce procházky v lese nebo trávení času s rodinnou známkou.</p>
<p><i>Respondent 5:</i></p> <p>Lenka</p> <p><i>12 let</i></p> <p><i>(trvání SP měsíce)</i></p>	<p>Lenku ve 13 letech po pokusu o sebevraždu (předávkování léky) přivádí do DKC matka. V dětství bývala svědkem domácího násilí páchaného na matce, nyní je šikanovaná ve škole (spolužáci ji pomlouvají, nářky se týkají i její váhy). V souvislosti s tím má potíže s jídlem (suspektně mentální bulimie), spánkové poruchy, depresivní ladění (nic nerozveselí, beznaděj, negativní sebepojetí), což ji přivedlo až k pokusu o sebevraždu. V minulosti (ve 12 letech) se již sebepoškozovala – řezání za účelem úlevy od nepříjemných stavů a s cílem ulevit ostatním, nedařilo se jí pomoci si jinak. SP ukončila, aby neublížovala matce a kvůli strachu z jizev. Momentálně už by to neudělala, ale myšlenky na SP přicházely nejdříve 1krát/týden, nyní již 3krát/týden. Kromě problémů se spolužáky ve škole jsou myšlenky na SP spouštěny i flashbaky z domácího násilí v dětství. Zvládnout nutkání si ublížit jí nejvíce pomáhá matka (objetí), komunikace</p>

	s nejlepšími kamarádkami, kreslení, skateboarding či koncert a vyplakání se.
<p><i>Respondent 6:</i></p> <p>Karolína</p> <p><i>14–16 let (?)</i></p> <p><i>(trvání SP min. 2 roky)</i></p>	<p>Karolína se ve svých 14 letech dostává do péče na žádost otce po tom, co se dozvěděl, že je bezkontaktně sexuálně zneužívána (vystavována sexuálnímu obsahu) partnerem matky, který byl v dětství sám týrán. Zároveň zažívala šikanu již od nižšího stupně ZŠ (i fyzická agrese), nyní pomluvy, vyčlenění kolektivem. Začíná se sebepoškozovat při otevření tématu doma, tedy asi měsíc před zahájením péče, ve frekvenci 5krát/týden (později i 2krát–3krát/týden), má suicidální myšlenky (zpočátku nesdílí). Řeže se žiletkou (nejdříve na nohou, později i na rukou), dále se přidává drápání špendlíkem, pálení zapalovačem, řezání dočasně nahrazuje trháním vlasů a boucháním se pěstmi, v jednu chvíli přechází na odpírání si jídla. Většinou se k SP uchyluje při zahlcení emocemi (smutek strach, úzkost, ale i vztek, sebenenávist), které nedokáže jinak ventilovat, při vracejících se myšlenkách na pachatele sex. zneužívání, v souvislosti s šikanou, později při pocitech prázdnoty. Přináší jí to úlevu, zklidnění, vyplnění prázdnoty, externalizaci vnitřní bolesti, a odklání tak sebevraždu. Po zaznamenání SP rodiči chce přestat a otvírá téma v péči – má strach, že to nevydrží, přirovnává SP ke kouření. Skutečně po půl roce vykazuje známky závislosti, daří se jí snížit frekvenci, někdy několik dní vynechat, ale následně má potřebu o to více ran (hloubka rány je přímo úměrná rychlosti nástupu pocitů úlevy). Spouštěče již jsou i běžné události (př. tlak ve škole), chce přestat, mění formy na méně závažné. Začíná souběžně i s psychiatrickou péčí, ale s tou přichází suicidální tendence (myšlenky, neurčitý plán). Zvládnout celkové vypětí Karolíně pomáhají domácí mazlíčci, hra na hudební nástroj a poslech hudby, četba, kresba, dále rodiče (zejména otec, kterému nechce ubližovat), kamarádi (procházky či zavolání si), nový kolektiv ve škole, bojový sport, sprcha či pláč.</p> <p>Po roce (15 let) je sebepoškozování na dočasnou dobu střídáno poruchou příjmu potravy (odpírání jídla), později návrat k SP, ale formou bouchání (modřiny), průběh doprovází i pocity selhání,</p>

	<p>beznaděj. Po dvou letech SP (16 let) se Karolína dostává do depresivního propadu s častými suicidálními myšlenkami a plánem (již konkrétní). Odklání suicidální tendence sebepoškozováním, ale to již nepřináší úlevu jako dříve. Během péče je mj. 2krát hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Následuje zlepšení a odmítnutí další péče.</p>
<p><i>Respondent 7:</i> Kristýna 10–15 let (?) (trvání SP min. 5 let)</p>	<p>Kristýna (11 let) přichází z prostředí domácího násilí, zažila fyzické týrání i sexuální zneužívání otcem, šikanu ve škole a utekla z domova (dostala se do dětského domova). Pro suicidální tendence byla několikrát hospitalizována – přitom se setkala se sebepoškozováním, které také sama začala praktikovat. Řeže se, někdy pojídá špendlíky či střepy, kouří (od 10 let, pro zklidnění, náhrada řezání se). SP si spojuje s pocity úlevy, objektivně také sociální signalizace, až manipulace. SP opakovaně doprovází suicidální myšlenky i pokusy (manipulativního charakteru), někdy SP nahrazuje suicidálními pokusy. SP se děje nárazově, většinou v návaznosti na traumatizující události (nově se objevující znásilnění, onemocnění nevlastního otce, i flashbacky a vtíravé myšlenky z předchozích). Přestože má množství pozitivních zdrojů (pes, tanec, běh, kresba, zpěv, počítačové hry, vykřičet se / vybrečet se a podpora zařízení sociálních služeb) nedaří se jí tyto zdroje využívat v akutních stavech.</p> <p>Pozn.: Později se objevují i možné psychotické příznaky (sluchové halucinace navazující na syndrom CAN), vyhledávání rizikových situací a experimenty s drogami (marihuana, aj.).</p>
<p><i>Respondent 8:</i> Elena 12–14 let (trvání SP 4 roky)</p>	<p>Elena má od dětství potíže s úzkostmi (strašena sourozenci), již v MŠ byla šikanována, což pokračovalo i na ZŠ – bita, kopána, posměch spolužáků za vzhled (nadváha). Ve 12 letech donucena vrstevnicí k zaslání intimních fotografií (pod výhružkami). Následně rozvinuto sebepoškozování – řezání se žiletkou, kružítkem či nůžkami. Pomáhá jí to zapomenout na problémy, přichází pak úleva, vnitřní bolest se mění na vnější. SP probíhá nárazově v návaznosti na posměch spolužáků. Zdroji zvládnutí jí jsou zpěv, teraristický kroužek, filmy, vyjádření emocí v kresbě, kamarádi a velký důraz klade na rodinu. Přesto ve 13 letech propadá do depresivní fáze (stále potíže</p>

	<p>ve vrstevnických vztazích), místy se suicidálními myšlenkami, ale bez suicidálních plánů. Následuje hospitalizace. Elena popisuje SP jako „drogu“, nedaří se jí přestat – akutně pomáhá přesměrování pozornosti na jiné, pozitivní myšlenky. Po další hospitalizaci a úpravě medikace (+ změna školy) se zlepšuje, SP mizí. Vrací se znovu v návaznosti na téma poruchy sexuální identity (transsexualita). Po otevření tématu v rodině SP zcela mizí.</p>
<p><i>Respondent 9:</i> Petra 14–18 let (trvání SP 4 roky)</p>	<p>Petra začala mít největší potíže po úmrtí svého strýce. V minulosti byla také šikanována a suspektně emočně zanedbávána rodiči. Od 14 let uvádí suicidální myšlenky (včetně plánu, bez pokusu), pravděpodobně se souběžně s tím i sebepoškozuje (řezání se žiletkami). Považuje SP za formu trestu (pocity nedostatečnosti pro rodiče), zhoršuje se to při konfliktech s rodiči, ve škole (vrstevnické potíže) nebo v kombinaci s nahromaděným stresem ze školy, rodiny a práce. V náročných chvílích jí pomáhá vyjádřit emoce kresbou nebo také běh, step (k vybití energie), pes, odklon myšlenek na školu a kamarádi. Péči sama vyhledala v 16 letech – profitovala z ní, dokud nepřicházely další zátěžové zkušenosti (úmrtí další blízké osoby, nucení k nedobrovolnému pohlavnímu styku, vrstevnické potíže, hádky s rodiči), potom nastávalo zhoršení stavu a přiznává opět suicidální myšlenky (17 let). Na konci péče Petra odevzdává balení žiletek – uzavírá tak svou éru sebepoškozování.</p> <p>Pozn.: Petra není tématu SP příliš otevřená (přiznává jen 2 události, jinak neurčitě, ale potvrzuje), tudíž lze pouze předpokládat, že SP probíhalo v obdobích větší zátěže.</p>
<p><i>Respondent 10:</i> Anna 15 let (trvání SP půl roku)</p>	<p>Anna (15 let) má rozvedené rodiče a kvůli rozvodu se stěhovala přes celou ČR, také má za sebou zážitek pokusu o sebevraždu blízkého kamaráda (naváděla ho k tomu i Annina kamarádka). Do péče ji přivádí rodiče pro událost, kdy si Anna sehnala antidepresiva na internetu a podle svého uvážení je užívala. Kromě této neindikované sebededikace se u ní susp. rozvíjí mentální bulimie – za požití kalorického jídla se trestá zvracením a následně sebepoškozováním. Také se řeže žiletkami do nohou, břicha i rukou.</p>

	Trvá to asi 2 měsíce každý den buď po jídle, nebo po komunikaci se suicidálním kamarádem. Suicidální tendence pouze ve fázi myšlenek (představa prohloubení říznutí). Po zahájení péče SP mizí (včetně zvracení jídla), nicméně zůstávají depresivní stavy – zvažována medikace.
<i>Respondent 11:</i> Šárka 15 let (trvání SP měsíc)	Šárka (15 let) byla již na nižším stupni ZŠ šikanována a později na vyšším stupni systematicky sexuálně zneužívána (osahávána) učitelem. Než bylo zneužívání odtaženo, sebepoškočila se celkem 3krát pro ventilaci vnitřní bolesti navenek a pro pocit úlevy – poškrábala se na ruku. Spouštěčem byla hádka s matkou. Znovu se SP ani v opakované péči dva roky později (17 let) neobjevilo, trauma bylo zdravě integrováno. Zdrojem podpory odolnosti byl Šárce běh, trampolíny, kočka, vypsání vnitřní bolesti na papír nebo povídání si (s matkou/psycholožkou).
<i>Respondent 12:</i> Denisa 12–13 let (trvání SP 1 rok)	Denisa (12 let) byla svědkem domácího násilí na matce, po odloučení stalkována otcem (online i fyzicky), do péče ji přivádí matka. Při hádkách rodičů se začala sebepoškozovat – (mělce) se řezala žiletkou, celkem jen 3krát (v rozmezí několika měsíců), necítila nutkání pokračovat. Pomáhalo jí to vyventilovat vztek, který cítila z celé situace. Místo toho ventiluje vztek vulgaritou, pohybem (tanec, zlomit tužku) nebo sdílením s kamarádkou. Suicidální tendence se neobjevují. Během soudního řízení se k SP ještě jedenkrát uchyluje, později SP střídá kouření (5 cigaret za den), s kterým se jí nedaří přestat – spojuje ho také s děním okolo otce.
<i>Respondent 13:</i> Lucie 6–19 let (?) (trvání SP min. 13 let)	Lucie vyhledává péči až v 19 letech v návaznosti na retraumatizující událost sexuálního obtěžování v práci – připomínka zneužívání v dětství. Již od dětství si ubližovala, bouchala se mezi nohy, později se přidalo řezání se, pálení, ale i extenzivní běh, zvracení jídla a zalepování si pusy páskou. To vše za účelem potrestání svého těla – za jídlo, za křik ze spaní aj. Děje se to několikrát do měsíce. Objevují se i suicidální myšlenky. Pomáhá jí popovídat si s kamarádkou, zaměstnat se (např. brigádou), v noci se přitulit k plyšákům.

<p><i>Respondent 14:</i> Adéla 15 let – (?)</p>	<p>Adéla byla konfrontována se dvěma dokonalými sebevraždami svých kamarádů (byla poslední, kdo s nimi byl v kontaktu). V kombinaci s rozchodem (a na podkladě komplikovaného vztahu s otcem) se začala sebepoškozovat. Téměř každodenně se řeže (do stehů) a sebededikovala se antidepresivy, trvá to asi měsíc. Vede ji k SP hlavně vztek na sebe samu za nezvládnutí odchodu kamarádů, po SP cítí úlevu a návrat do normy. Suicidální tendence má ve formě myšlenek, ale neakutní. Frekvence SP se snižuje po otevření tématu v péči, zůstávají ale příznaky PTSP a depresivní ladění. Pozitivními zdroji jí jsou zpěv, hra na hudební nástroje, pes a opora kamarádů.</p>
<p><i>Respondent 15:</i> Nicol 8–13 let (?) (trvání SP min. 5 let)</p>	<p>Nicol v 8 letech těžce snášela rozvod rodičů a konflikty kolem něj, je dlouhodobě zatěžována ohrožujícím prostředím u matky (závislost na alkoholu, zanedbávání materiální i citové, psychické týrání). Poprvé se sebepoškozování objevuje v osmi letech, vytrhává si obočí, řasy a chloupky na nohou, vždy v reakci na konflikty rodičů v kvůli rozvodu. V 11 letech se dostává do péče na žádost otce (vyhrocení konfliktů s matkou), již je SP tak intenzivní, že ho otec sám zaznamenává. Děje se asi 1–2krát za měsíc, vždy v situacích větších konfliktů s matkou a tenze z matčina neadekvátního chování (v souvislosti s alkoholem). SP popisuje jako kompulzivní jednání, často ani neví, že se děje, nedokáže se ovládnout. Ve 12 letech následuje depresivní propad, přidávají se suicidální myšlenky, jednorázové pořezání se žiletkou. Jinak pokračuje trhání obočí, chloupků na nohou a přidává se i trhání vlasů. V SP nyní vnímá i úlevu a zasloužený trest. Ve 13 letech se opakovaně řeže (hrotem z ořezávkátka) v situacích napadání matkou. Dvakrát se řízla se sebevražedným úmyslem. Zdroje podpory Nicol jsou do velké míry závislé na druhých osobách, ale pomáhá jí také hudba, zájem o anime a mangu, plavání a trampolíny, kamarádka, zavolání sestře, celkově mluvení o SP.</p>
<p><i>Respondent 16:</i> Klára 8–12 let</p>	<p>Klára je poprvé v péči v šesti letech pro sexuální zneužívání prarodičem, rodiče jsou rozvedení. Od osmi let se u ní pozvolna objevuje sebepoškozování formou štípání se, kousání se do ruky,</p>

<p>(trvání SP 4 roky)</p>	<p>škrábání se. Postupně nabírá na intenzitě a v 10 letech se vrací do péče na přání otce (tou dobou také ohrožující prostředí u matky – zanedbávání, alkoholismus). Klára si ubližuje i denně, v minulosti v reakci na konflikty rodičů, později popisuje pocit tlaku, napětí, po SP přichází úleva. Nedaří se jí samotné SP zastavit. Pokud je zaměstnaná, zapomíná na SP, dále pomáhají výtvarné činnosti, šití, angličtina nebo trávení času s otcem/matkou. Suicidální myšlenky se objevují izolovaně při panické atace (12 let). V průběhu péče SP mizí jako téma (je možné, že probíhá dál, ale Klára ho již neguje, možný stud).</p>
<p>Respondent 17: Eliška 12 let (trvání SP měsíce)</p>	<p>Eliška (12 let) byla na nižším stupni ZŠ obětí šikany a nyní je zatížena rozchodem rodičů (extrémně konfliktní vztahy, koalice matka–Eliška), v jehož kontextu se jednorázově sebepoškodila – říznutí žiletkou (2–3krát). Přineslo jí to úlevu od vypjaté situace. Od té doby se SP neopakuje, ale myšlenky na něj přichází při hádkách s otcem či při vzpomínce na konflikty s ním. Zároveň po zážitku sebevraždy spolužáka ze školy uvažuje nad suicidem jako řešením (fáze myšlenek, konkrétní plán neuvádí). Eliška má bohaté zdroje opory v podobě psaní příběhů, malování, kamarádů (psaní si s nimi či trávení času venku). Přesto se jeví jako méně odolná a při konfrontaci a zátěžových tématech se snadno dekompenzuje (v úvaze hyperprotektivita a úzkostnost matky jako faktor snižující odolnost).</p>

<p><i>Respondent 18:</i> Marie 12–15 let (trvání SP 3 roky)</p>	<p>Marie byla od dětství psychicky i fyzicky týrána (susp. sexuálně zneužívána – osahávání) otcem, také bývala svědkem domácího násilí páchaného na matce. Do péče přichází na doporučení OSPOD pro sebepoškozování. Řeže se nepravidelně, v návaznosti na zátěžové situace, nejdříve na ruku (ty pak matkou monitorovány) a na nohou. Poprvé začala se SP ve 12 letech, dokud byl otec přítomen v domácnosti. Po jeho odchodu SP mizí a znovu se objevuje izolovaně ve 13 letech při pobytu u babičky (přísnost, stesk po matce). Téměř v 15 letech se k SP vrací ve chvílích, kdy si připadá zavalena potížemi (Vánoce, soud, rozchod matky, úmrtí vedoucí kroužku). V této době se objevují i suicidální myšlenky. Nicméně se SP samovolně přestává, je schopna místo toho využít své podpůrné zdroje, mezi které patří hlavně kresba, četba knih, psaní (vypsání se z emocí), vztah k mazlíčkům (kočka), taneční kroužek, matka a „nebýt sama“.</p>
<p><i>Respondent 19:</i> Leona 13–15 let (?) (trvání SP min. 2 roky)</p>	<p>Leona datuje začátek svých potíží do věku 9 let, kdy byla její matce diagnostikována rakovina. Také má časté konflikty s otcem (susp. fyzické i psychické týrání). Péči vyhledala sama. Již od 11 let se u ní objevovaly suicidální myšlenky. Ve 13 letech se se silným pocitem osamělosti začala sebepoškozovat po inspiraci ve svém okolí. Nejdříve tloukla pěstmi do zdi, dále se řeže (nožem) a někdy nejí. Děje se to většinou v návaznosti na hádky s rodiči či přítelem (vyvolání flashbacků na traumatické zážitky s otcem). SP jí pomáhá zvládnout tenzi. V 15 letech SP trvá a dlouhodobě přítomné jsou i suicidální myšlenky. V minulosti uvádí i pokus – spontánně přerušeno, momentálně jsou suicidální myšlenky neakutní (bez plánu). Velkou oporou Leony je domácí mazlíček (morče), čas s přáteli (kamarád, kterému se svěřila i se SP), hra na kytaru, malování a zpěv.</p>
<p><i>Respondent 20:</i> Veronika 13–14 let (?) (trvání SP min. 1 rok)</p>	<p>Veronika (13 let) byla sexuálně zneužita (osahávána) vedoucím na táboře. Také má problémy ve vrstevnických vztazích ve škole a často se hádá s matkou. Poprvé se sebepoškodila na doporučení kamarádů a zjistila, že „to funguje“. Škrábe se (manikúrními nůžkami) a řeže (žiletkou, nůžkami, ale při uschování předmětů např. rozbila zrcátko a použila střep). Uklidňuje ji to, bolest jí pomáhá na její stavy</p>

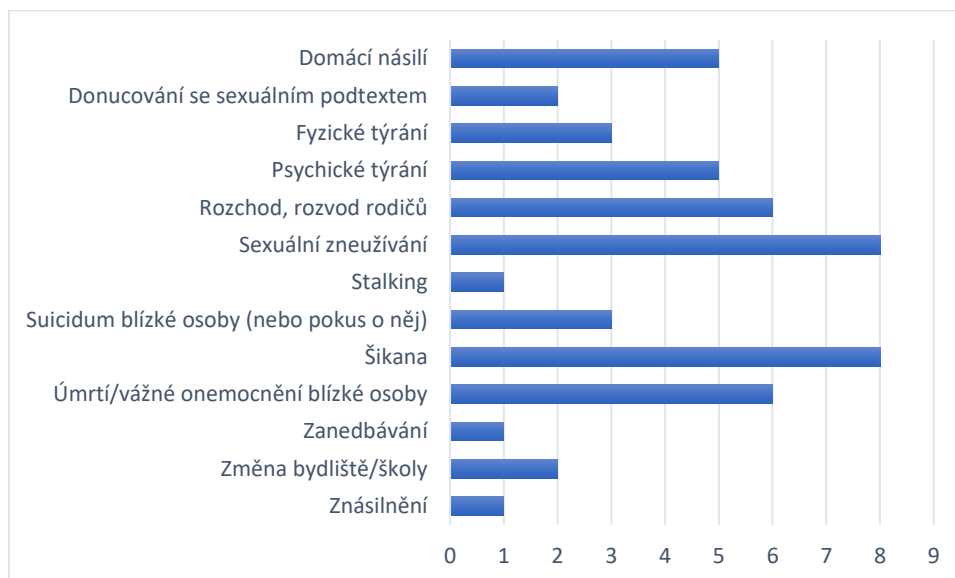
	<p>naštvání a smutku. SP se děje každý týden, často souvisí s výsledkem na PČR (kvůli sexuálnímu zneužívání), ale také se děje po hádkách s matkou či vrstevníky ve škole. Popisuje, že si „musí“ ublížit, nedokáže se zastavit. Po větším konfliktu přichází úzkostná ataka a Veronika je hospitalizována, SP se během hospitalizace zhoršuje, dokonce se jí některé rány zanítí (přichází tak o nehet). Lituje množství viditelných jizev. Po návratu z hospitalizace jsou rány mělčí, jemnější, ale SP pokračuje. Zdroji opory jsou Veronice sledování filmu/seriálu, psaní si s někým nebo zavolání kamarádce.</p> <p>Pozn.: Matka uvádí v anamnéze svou závislost na pervitinu a heroinu (momentálně abstinuje).</p>
--	---

8.2 Analýza fenoménů sebepoškozování

8.2.1 Traumatická událost

Na Grafu č. 1 můžeme vidět všechny druhy traumatických událostí, kterým byli zařazení respondenti vystaveni. Nejvyšší zastoupení má šikana a sexuální zneužívání, dále potom úmrtí blízké osoby (či její vážné onemocnění) a rozchod/rozvod rodičů. Nemálo respondentů zažívalo i domácí násilí a psychické týrání.

Graf 1: Traumatická událost



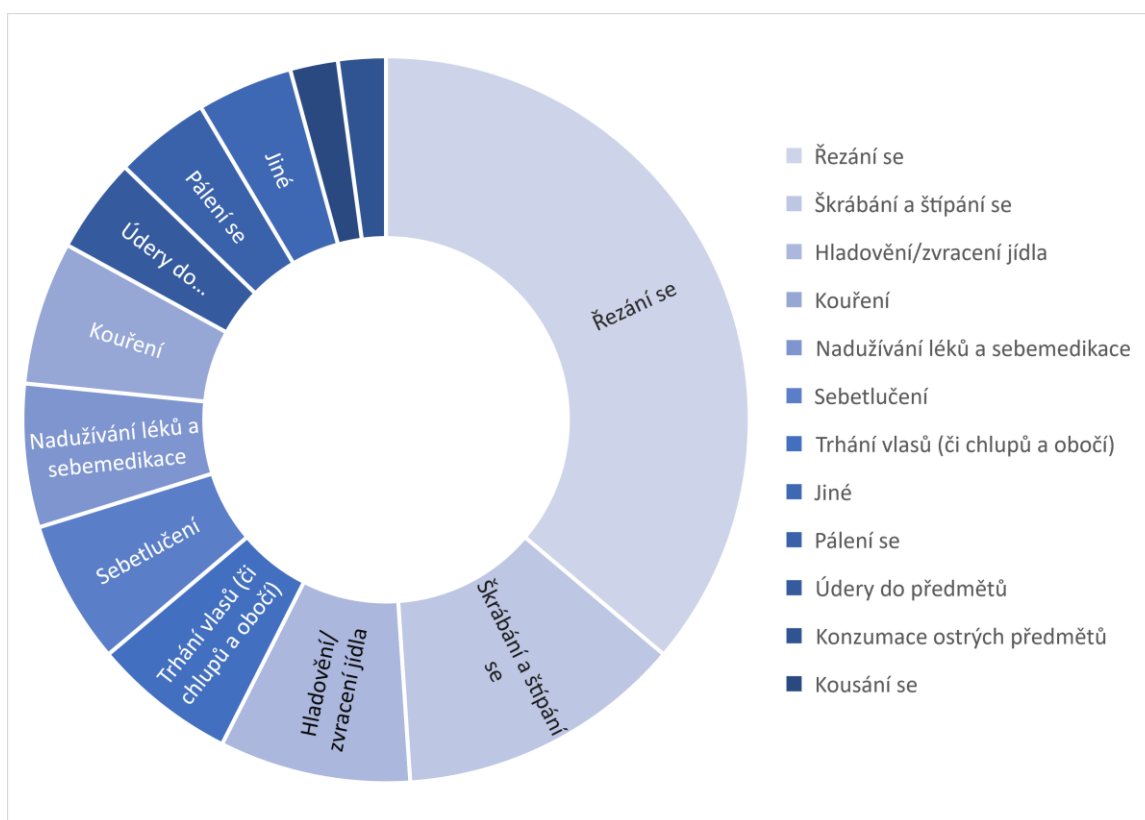
Z medailonů respondentů je patrné, že známky traumatizace se netýkají pouze syndromu CAN, ale vykazovali je i respondenti zatížení šikanou ve škole nebo nevhodným prostředím v domácnosti (např. domácí násilí páchané na rodiče, rozchod rodičů) či jedinci

po zážitku úmrtí blízké osoby (nebo jejího onemocnění vážnou nemocí). Důležitým faktorem také je, že u většiny respondentů byla zaznamenána polytraumatizace.

8.2.2 Formy sebepoškozování a nástroje

Dle Grafu č. 2 můžeme říci, že „řezání se“ bylo jednoznačně nejčastěji se vyskytující formou sebepoškozování u našeho vzorku. Druhou nejčastější formou bylo „škrábání a štípání se“, dále se objevovalo i typické nadužívání léků a sebemedikace, také sebetlučení a trhání si vlasů, řas a obočí. Hladovění jako forma sebetrestání bylo často uváděno v kombinaci s poruchami příjmu potravy. Kouření někteří respondenti využívají jako náhradu za sebepoškozování jinými („horšími“) formami, přináší jim podobnou úlevu. Zvláštními a poněkud netradičními formami sebepoškozování, které se ve výzkumu objevily (kategorie „jiné“), jsou extenzivní cvičení a zalepování úst lepicí páskou.

Graf 2: Formy sebepoškozování



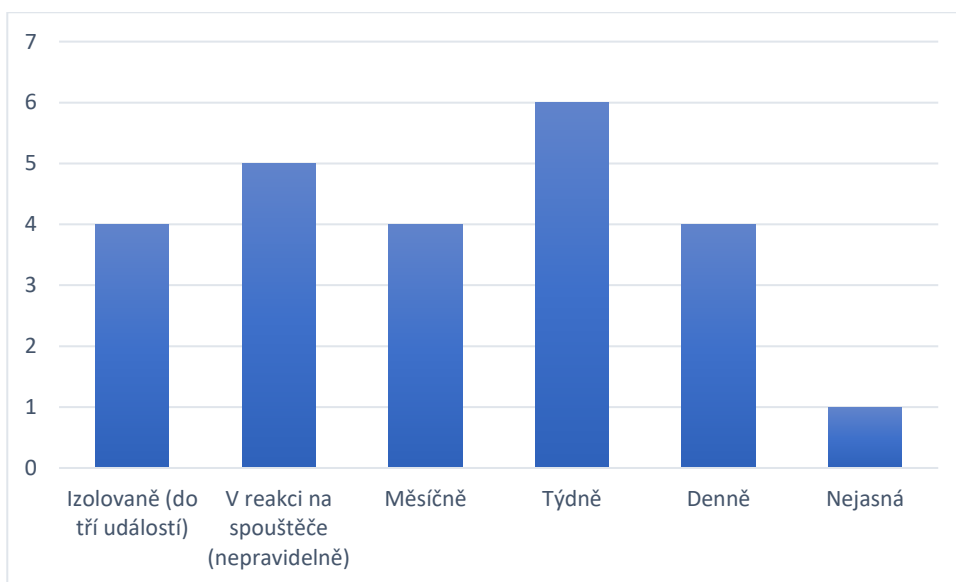
Ve většině případů respondenti k sebepoškozování využívali žiletku (42 %), ale uváděny byly i nože, nůžky, kružítko, špendlíky, střepy, zapalovač, hrot ořezávátka, v případě sebemedikace to byla antidepressiva a v případě kouření cigarety, někdy i marihuana. Pro fakt, že nástroje sebepoškozování nelze zcela odstranit z dosahu, svědčí

případ, kdy rodič uschoval nástroje běžně využívané k sebepoškozování, a tak respondentka rozbila zrcátko, aby se mohla poškodit alespoň střepy z něj.

8.2.3 Trvání a frekvence sebepoškozování

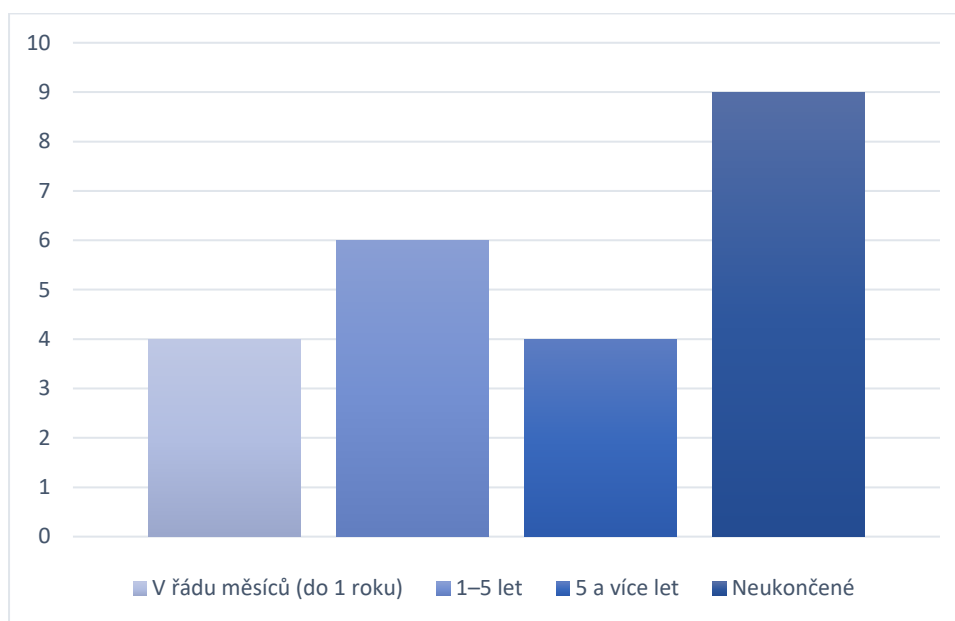
Otázky na to, jak dlouho se jedinec sebepoškozují a jak často k sebepoškozování dochází, jsou úzce propojeny. U našeho souboru se ukazuje, že co do frekvence (viz Graf č. 3) se někteří respondenti sebepoškozují každodenně, jiní několikrát do týdne, nebo jen několikrát měsíčně. Také je pro náš soubor důležité, že se množství respondentů sebepoškozují zcela nepravidelně – pouze v návaznosti na spouštěče (viz níže). Nejsou ojedinělé ani případy zcela izolovaných událostí sebepoškozování – jednorázově v reakci na zátěžovou událost.

Graf 3: Frekvence sebepoškozování



Doba, po jakou se sebepoškozování u jedince vyskytuje, se tedy také může lišit od jednotek případů, přes pouze několikaměsíční trvání, ale může trvat i množství let (viz Graf č. 4). Značná část našeho vzorku byla v době sběru dat ještě stále v péči a ještě se sebepoškozovat nepřestala.

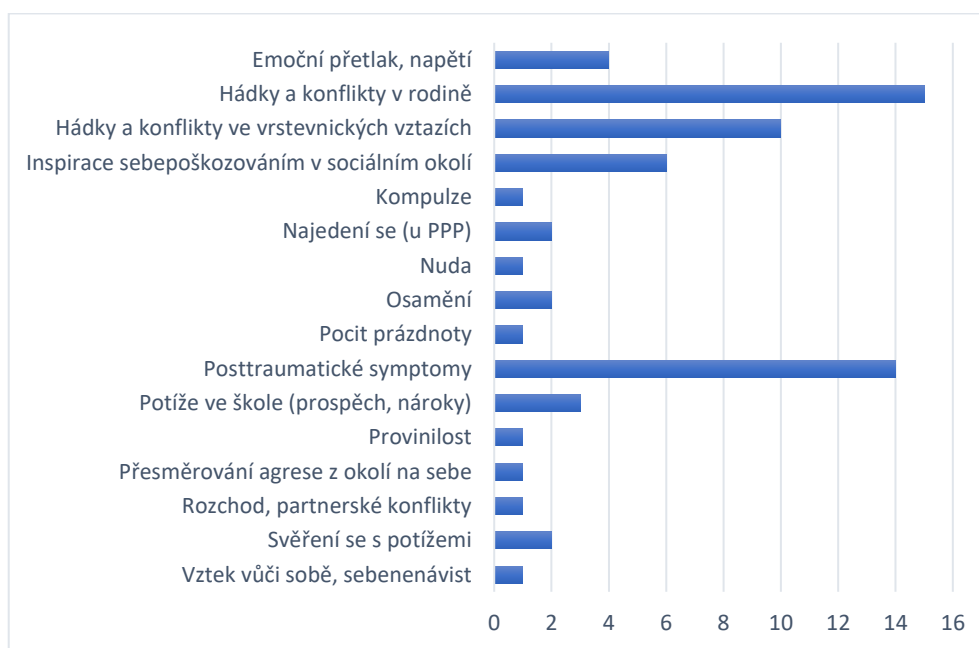
Graf 4: Trvání sebepoškozování



8.2.4 Akutní příčiny/spouštěče sebepoškozování

Z popisu jednotlivých případů vyplývá, že aktu sebepoškozování předchází určitý typ událostí nebo psychických stavů (viz Graf č. 5). Můžeme si všimnout, že u našeho vzorku traumatizovaných jedinců jsou druhou nejčastější událostí, po které se jedinci poškodí, právě posttraumatické symptomy (e.g. flashbacky z traumatické události, vtíravé myšlenky na události apod.) Velmi častým akutním spouštěčem sebepoškozovacího jednání se také jeví hádky a konflikty v rodině – ať už mezi rodiči, mezi jedincem a rodičem, anebo konflikty ve vrstevnických vztazích. Za důležité považují také zmínit, že šest respondentů k sebepoškozování sáhlo poté, co zaznamenali sebepoškozování ve svém okolí (zmiňováno je i přímé doporučení sebepoškozování vrstevníky, kteří to již vyzkoušeli). Jinak zařazení respondenti k sebepoškozování inklinují v situacích emočně nabitých, při pocitech napětí, ale i vzteku a provinilosti (např. za nezvládnutí svých stavů), anebo naopak při pocitech prázdnoty, osamění. Někdy jednájí čistě kompulzivně (nedokáží si pomoci, zastavit své jednání).

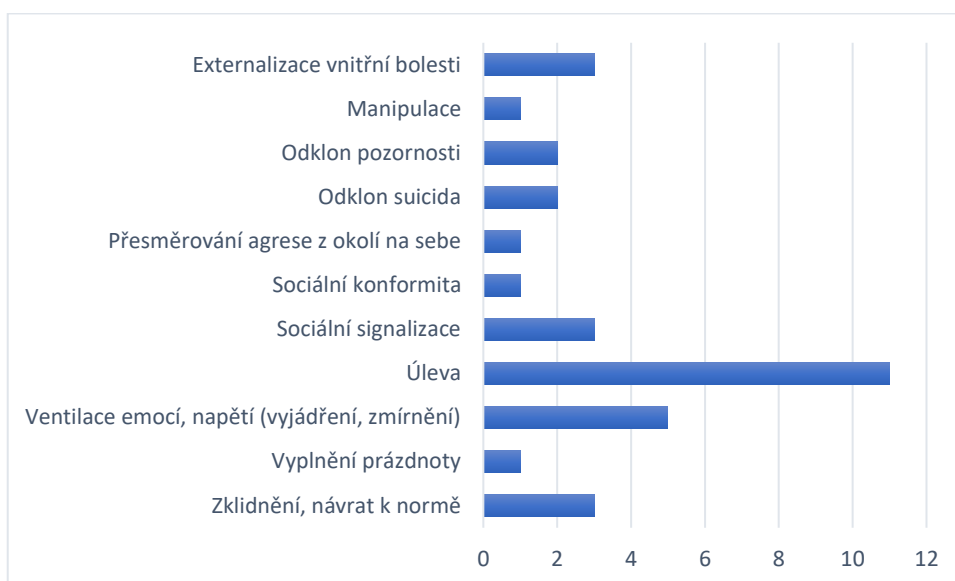
Graf 5: Akutní příčiny sebepoškozování



8.2.5 Funkce sebepoškozování

Důležitou otázkou je, k čemu dospívajícím jedincům s traumatickým zážitkem sebepoškozování vlastně slouží, proč ho dělají. Nejčastěji uváděnou odpovědí na tuto otázku (viz Graf č. 6) je pocit úlevy, který bezprostředně po vykonání aktu přichází. Vzhledem k tomu, jak úzce je sebepoškozování propojeno s bouřlivými emocemi (viz akutní příčiny SP), slouží SP respondentům k ventilaci těchto emocí, vyjádření vnitřního boje a snížení silného pocitu napětí, který předtím cítí, ve snaze dosáhnout „normálního“ stavu klidu. Respondenti nejednou popisovali potřebu externalizace vnitřní psychické bolesti. Anebo naopak stavy vzteku a hrozící agrese vůči okolí přesměrují proti sobě. Jiní se snaží sebepoškozováním přenést svou pozornost na jiný problém, než je zátěž, kterou řeší ve svém životě. Také se ukazuje, že některým respondentům SP slouží jako úniková cesta před jinak hrozícím suicidálním jednáním. V neposlední řadě se ukazuje, že sebepoškozování může plnit funkci sociální signalizace – díky SP si jedincovo sociální okolí povšimne, že je v psychické nepohodě, což v několika případech vedlo i k vyhledání odborné péče primárním pečovatelem.

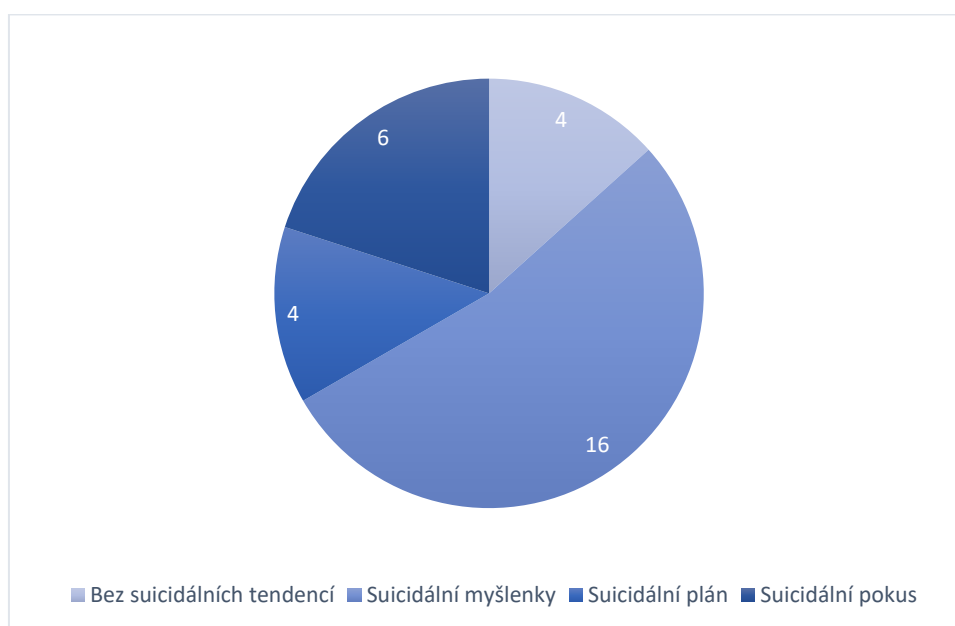
Graf 6: Funkce sebepoškozování



8.2.6 Suicidální tendence

Považuji za důležité neopomenout provázanost sebepoškozování se suicidálním jednáním. Jak je patrné z Grafu č. 7, pouze čtyři případy našich respondentů neuvádí žádné suicidální tendence. U zbytku se tyto tendence jednoznačně objevují minimálně ve formě myšlenek – často uvádí, že by sebevraždu nikdy nespáchali, ale myšlenky na ni je, někdy i velmi často, napadají. V některých případech popisují i více či méně konkrétní plán, jak by suicidium spáchali a několik respondentů se již spáchat sebevraždu pokusilo (někteří uvádí, že se ale sami včas zastavili).

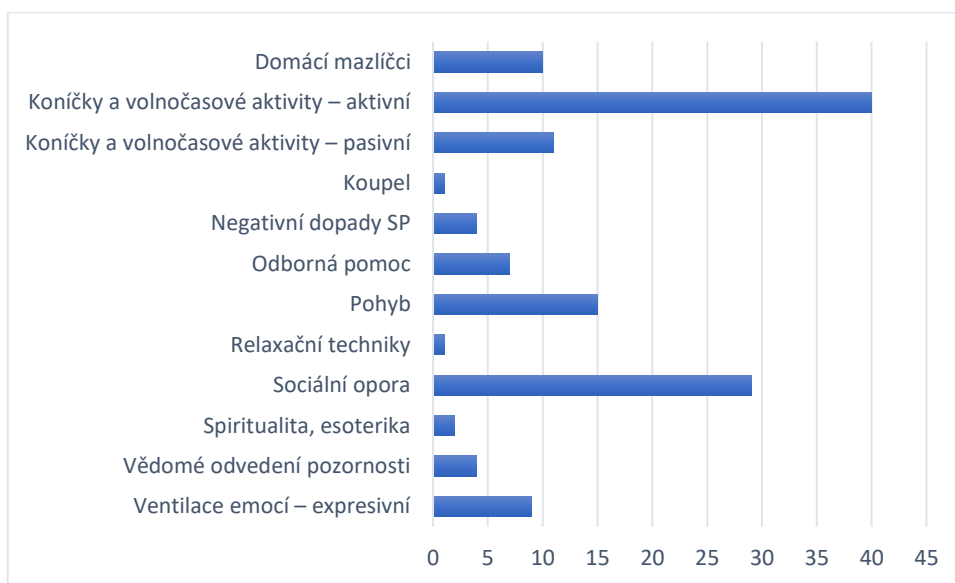
Graf 7: Suicidální tendence



8.2.7 Resilience ve zvládání sebepoškozování

Graf č. 8 ukazuje, že v životech našich respondentů existuje množství zdrojů, které jim pomáhají zvládat mimo jiné i nutkání k sebepoškozování. Jako podporující vnímají množství volnočasových aktivit – ať už aktivní formou (různé výtvarné činnosti, hra na hudební nástroje, sportovní kroužky a jiné zájmy), tak i formou pasivní (sledování filmů a seriálů, četba knih nebo poslech hudby). Velmi důležitým pozitivním zdrojem se ukazuje být sociální opora sebepoškozujících se jedinců – někteří vyhledávají podporu spíše u rodiče, jiní naopak spíše u vrstevníků. Opakovaně se ve zvládání nutkání si ublížit objevuje i podpůrná role domácích mazlíčků (naši respondenti popisují, že se jim svěřují s trápením, jdou s nimi na procházku ve chvílích napětí či je uklidňuje jen samotné hlazení mazlíčka a hraní si s ním). Respondenti uváděli také jiné formy ventilace emocí než sebepoškozování jako přinášející pocit uvolnění. Někdy se jim dařilo odvést svou pozornost k jiné činnosti, než je sebepoškozování. Také někteří respondenti uváděli negativní dopady sebepoškozování (e.g. viditelné jizvy, emoční dopady na jejich blízké) jako motivátory k překonání tendencí k SP.

Graf 8: Zdroje podpory resilience



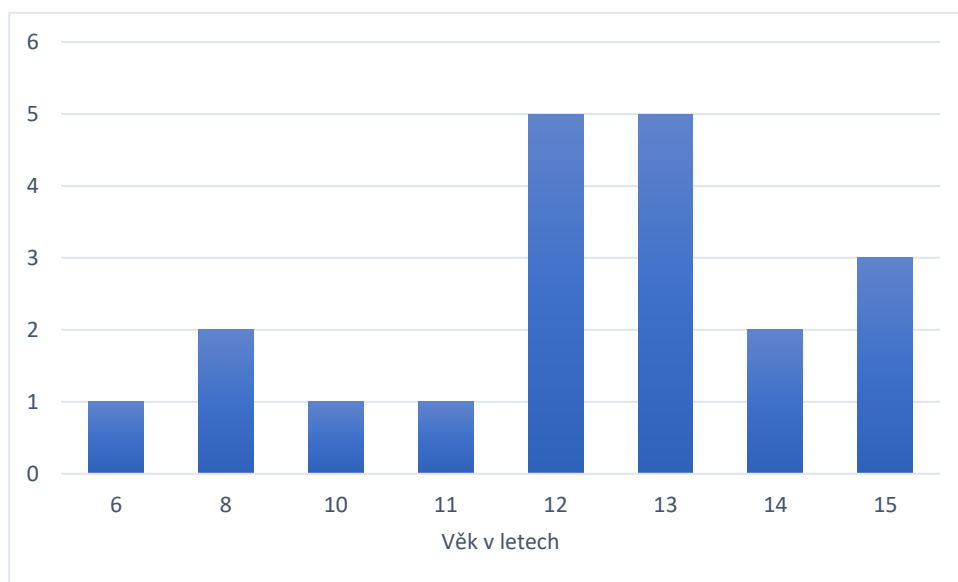
Z analýzy ale také vyplynulo několik faktorů, které potenciálně tuto odolnost snižují. V první řadě je zásadní traumatický zážitek a jeho dopady na resilienci jedince (viz akutní příčiny sebepoškozování). Dalšími možnými faktory snižujícími odolnost vůči sebepoškozování se v jednotkách případu ukázaly být i jiná psychopatologie v osobní anamnéze (e.g. mentální anorexie a bulimie, depresivní porucha, úzkostné poruchy), psychopatologie v rodinné anamnéze (e.g. bipolární afektivní porucha), látková závislost

v rodinné anamnéze (e.g. alkohol, pervitin a heroin), ale také působení osobnostních charakteristik pečovatele (e.g. hyperprotektivita, úzkostnost) a v několika případech se ukázala jako kontraproduktivní i hospitalizace.

8.2.8 Vývoj sebepoškození v čase

Sebepoškozovací chování u traumatizovaných dospívajících v našem souboru se v čase velmi dynamicky vyvíjí, a to značně individuálně co do četnosti, trvání i forem. Graf č. 9 zobrazuje, v jakém věku se naši respondenti poprvé sebepoškodili. Nejčastěji k SP sáhli poprvé ve 12 či 13 letech, ale někteří uváděli jisté formy SP již od předškolního věku (a v dospívání pokračovali).

Graf 9: Věk při počátku rozvoje SP



Z výsledků vyplývá, že se do dynamiky vývoje sebepoškozovacího chování významně promítá prožité trauma – respondenty často vedl k aktu sebepoškození distress způsobený posttraumatickou symptomatologií nebo k němu docházelo v důsledku konfrontací s osobami činnými v původní traumatické události (e.g. hádky s rodiči u syndromu CAN, konflikty ve vrstevnických vztazích u šikany). Dokonce u některých respondentů bylo zaznamenáno, že se sebepoškodili výlučně jen v reakci na spouštěče vázané k traumatu. Síla spojení traumatizace a dynamiky vývoje sebepoškození je pak moderována psychickou odolností, resiliencí jedince. Tato odolnost do určité míry vyplývá z genetické zátěže a z působení primárních pečovatelů na dítě již od útlého věku, ale může být posílena, nebo naopak oslabena výše zmiňovanými vnějšími zdroji (e.g. volnočasové aktivity, sociální opora, domácí mazlíčci aj.).

V několika případech lze vývoj sebepoškozování přirovnat k rozvoji látkové závislosti. Ukazuje se, že platí, tak jako u jiných duševních onemocnění, že někteří jedinci reagují na psychologickou (a psychiatrickou) péči velmi kladně, stává se pro ně cenným zdrojem a sebepoškozování dříve či později mizí, zatímco v jiných případech se i přes opakované hospitalizace a psychofarmakologickou léčbu nedaří sebepoškozování odbourat. Z výsledků je patrné, že u těchto pacientů bohužel často nefunguje ani posilování zdrojů resilience.

9. Diskuse

Cílem této studie bylo zmapovat charakteristiky sebepoškozování u dospívajících s traumatickým zážitkem a lépe porozumět dynamice jeho vývoje v čase. Stejně jako v metaanalýze Gillies et al. (2018) byl i v naší studii nejčastější počátek sebepoškozování spojen s věkem 12–13 let a nejvíce zastoupenou formou SP bylo řezání se. Objevovala se ale i celá plejáda dalších forem (velmi podobně jako uvádí Kriegelová, 2008). Mezi nimi bylo několikrát popsáno hladovění jako forma sebetrestání. Také byla shodně s předchozími výzkumy (e.g. Sutton, 2005) zaznamenána značně variabilní frekvence sebepoškozování od každodenního ublížení si až po zcela nepravidelné SP. Z hlediska trvání i v naší studii (stejně jako v závěrech Gillies et al., 2018) byli jedinci, kteří využili sebepoškozování jako copingový mechanismus pouze jednorázově (do tří epizod). Na druhou stranu byli ve studii i tací, kteří se k SP vraceli chronicky bez efektu poskytované péče. Otázkou zůstává, jak se sebepoškozovací chování bude u našich respondentů vyvíjet později v mladé, ale i pozdní dospělosti.

Tak jako bylo uváděno v dřívějších publikacích (e.g. APA, 2013; Cipriano et al., 2017), hlavním motivem k sebepoškozování u zařazených jedinců byl pocit úlevy následující okamžitě po SP. V kontextu traumatu se jeví jako významná i ventilace nahromaděných emocí jako funkce SP, které se sebepoškozujícím jedincům nedaří vyjádřit jinými zdravějšími mechanismy (stejně jako uvádí Cipriano et al., 2017; Kriegelová, 2008). V rámci péče by mohl být užitečný nácvik zdravých strategií ventilace emocí a emoční regulace. Některým jedincům připadá SP jako zasloužený trest – u těch je třeba pracovat s jejich pocitem vnímané viny. Z výsledků vyplývá také role sociální signalizace v sebepoškozování – jedinec dává najevo diskomfort, za kterým se může skrývat třeba i potenciální traumatizace. To rozhodně neznamená, že bychom měli hledat v každé etiologii sebepoškozování traumatizaci, ale spíše to poukazuje na potřebu bližšího mapování etiologie SP.

Stejně jako v předchozích studiích bylo v některých případech sebepoškozování jedinci subjektivně vnímáno jako závislost (e.g. Pritchard et al., 2021), zároveň byly zaznamenány již v minulosti popsané (e.g. Davis & Lewis, 2019) objektivní prvky závislosti na sebepoškozování jako craving (neovladatelné nutkání, posedlost myšlenkou SP), nemožnost i přes vůli přestat a vědomí nežádoucích účinků, stud a skrývání dopadů SP, ale i relapsování po delších obdobích remise – zpravidla v reakci na zátěžovou situaci. Stejně

jako u Moller et al. (2013) byla i v naší studii okrajově patrná asociace mezi sebepoškozováním a návykovými látkami (tabákové výrobky, alkohol i marihuana).

Potvrzuje se (ve shodě s Auerbach et al., 2021; Gillies et al., 2018; Valencia-Agudo et al., 2018), že suicidální tendence jsou se sebepoškozováním úzce spojeny. Většina zařazených jedinců na sebevraždu myslela (s různou intenzitou), část z nich měla více či méně promyšlený plán a několik se o suicidium již pokusilo. V praxi je tedy třeba při zjištění sebepoškozovacího chování neopomenout mapování suicidálních tendencí.

Přínosem studie do této problematiky je zjištění, že se v případě traumatizovaných jedinců akt sebepoškozování může přímo vázat na traumatickou událost – jedinci sáhnou k sebepoškozování při vtíravých myšlenkách na trauma, po konfrontaci s osobami zainteresovanými v traumatické události apod. Výsledky ve shodě s dosavadním realizovaným výzkumem na podobné téma (e.g. Putnam, 2006) naznačují, že traumatizace nemusí být jednoznačným prediktorem závažných potíží (včetně sebepoškozování) po zbytek života zasaženého jedince. Jeví se, že odstranění stresorů, které akutně vedou jedince k aktu sebepoškození, a zdravým integrováním traumatické události pro zmírnění symptomatologie PTSP může pozitivně přispět ke zmírnění, až úplnému odstranění sebepoškozování jakožto strategie zvládání. Podobný efekt může mít i vyvarování se potenciálně retraumatizujícím situacím (e.g. ohrožující prostředí v domácnosti, ale i ve škole), což uvádí mj. i Kocourková & Koutek (2019). Také je na základě výstupů studie užitečné si uvědomit, že traumatizovaní jedinci mohou v kontextu traumatu začít se SP už dříve v dětství.

Z výsledků vyplývá, že překonávání nutkání k sebepoškození je možné podpořit velkou zásobou externích zdrojů, které podpoří jedincovu resilienci. Patří do nich množství volnočasových aktivit (včetně výtvarných, hudebních a pohybových činností), ventilace emocí zdravým způsobem (e.g. vybrečení se, vypsání emocí na papír), péče o domácí mazlíčky, ale důraz je kladen hlavně na sociální oporu ve zvládání zátěžových situací (tak jako uvádí Cisler & Herringa, 2021; Kocourková & Koutek, 2019; Nagra et al., 2016).

Velkou předností tohoto výzkumného projektu je holistický a longitudinální pohled na jednotlivé případy. Velmi podrobné zápisy z celé péče o klienty umožnily skutečně komplexní vhled do problematiky s přesahem do několika let vedené péče. Jelikož respondenti nebyli pod tlakem výzkumného šetření, bylo téma sebepoškozování autenticky otevřeno v rámci bezpečného vztahu psycholog–klient. Plusem použitého výzkumného

designu je neexistující zátěž přidaná na respondenty. Výsledky výzkumného šetření přináší bohaté podklady pro navazující kvantitativní výzkum, ale i možné podněty aplikovatelné přímo v praxi.

Na druhou stranu tento výzkumný projekt a jeho realizace nese i množství limitů. Z kvalitativní povahy studie nelze usuzovat na širší populaci, výsledky tedy nemůžeme považovat za obecně platné, je třeba je brát s rezervou (spíše jako podněty ke zvážení než platný fakt). Výběr respondentů zařazených do výzkumu vycházel čistě z klientely Dětského krizového centra, není tedy velmi variabilní hlavně z hlediska témat uváděných traumatických událostí. Použitý výzkumný design také neumožňoval přímý kontakt výzkumníka s respondenty, byly tedy pouze interpretovány zápisy z péče vedené v pojetí psychologa, který péči vedl a zápis vytvářel. Péče navíc byla vedena různými psychology centra, tudíž průběh péče (a proto i vývoj sebepoškozování) by se mohl potenciálně lišit v závislosti na odborníkovi, který péči vedl.

Tento výzkumný projekt otevírá pole pro množství dalšího (kvantitativního) zkoumání. Otázkou se například jeví, zda souvisí traumatizující události v dětství jedince s časnějším nástupem sebepoškozování (e.g. již v období mladšího školního, či dokonce předškolního věku). Dále by také bylo možné kvantitativně otestovat, zda existují rozdíly v užívaných formách sebepoškozování mezi dětmi, dospívajícími a mladými dospělými. Z hlediska polytraumatizace by také bylo dobré kvantitativně ověřit, zda existuje souvislost mezi množstvím traumatických zážitků v anamnéze a závažností sebepoškozování (jeho frekvence, průběhu, užívaných nástrojů atd.). Další výzkum by se také měl zabývat efektivitou používaných intervencí při práci se sebepoškozováním pro nalezení co nejefektivnějších nástrojů.

Závěr

Tato diplomová práce vznikla s cílem lépe porozumět problematice sebepoškozování, jeho charakteristikám, vývoji a etiologii. Představuje holistický pohled na sebepoškozování v kontextu vývojového období dospívání a dopadů traumatizace na jedince. Nabízí teoretické podklady pro odborníky v dané oblasti, na jejichž základě mohou mj. v budoucnu vzniknout konkrétní přístupy péče o dospívající klienty/pacienty s osobní historií traumatu, kteří se sebepoškozují.

V první kapitole je vymezeno vývojové období dospívání se zaměřením na rizikové faktory pro rozvoj sebepoškozování v tomto období. Zohledněn je jednak psychosociální vývoj a jeho aspekty ve změnách myšlení a prožívání, významná role socializace a sociálně-kognitivních procesů v tomto období a rozvoj sebepojetí a identity. Je však také popsán vývoj tělesný a neurobiologický v tomto období. Dále je zde možné najít krátkou zmínku o rizikovosti genderových rozdílů ve vývoji pro rozvoj sebepoškozování (s ohledem na uváděnou vyšší prevalenci sebepoškozování u dívek).

Druhá kapitola pojednává o psychickém traumatu a jeho zakotvení v mezinárodních diagnostických manuálech (včetně nově vycházejícího MKN-11). Zároveň je zde představena problematika adverzních dětských zkušeností a syndromu CAN se specifiky traumatizace a jeho diagnostiky u dětí a dospívajících. V neposlední řadě jsou v této kapitole popsány dopady traumatizace z neurobiologického pohledu (v úzké souvislosti s neurobiologickým vývojem v dospívání).

Třetí kapitola se věnuje přímo problematice sebepoškozování v celé jeho šíři. Obsahuje popis charakteristik sebepoškozování jako výčet jeho forem a funkcí, repetitivní mechanismus jeho fungování, dále také souvislosti sebepoškozování se suicidálním jednáním a etiologii sebepoškozování. V závěrečné, čtvrté kapitole je krátce zmíněna role resilience ve zvládání sebepoškozování v kontextu traumatu u dospívajících a možností její podpory formou psychologických intervencí a primární prevence.

Výzkumný projekt byl zrealizován pod záštitou Dětského krizového centra. Spočíval v podrobném zmapování charakteristik, dynamiky vývoje sebepoškozování a zdrojů podpory resilience u 20 případů klientů centra, kteří byli v delší péči. Na základě výsledků byla popsána souvislost traumatizace se sebepoškozováním a byly uvedeny podněty pro budoucí výzkum.

Seznam použité literatury

- Alharbi, R., Varese, F., Husain, N., & Taylor, P. J. (2020). Posttraumatic stress symptomology and non-suicidal self-injury: The role of intrusion and arousal symptoms. *Journal Of Affective Disorders*, (276), 920–926. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.084>
- Andrews, J. L., Ahmed, S. P., & Blakemore, S. -J. (2021). Navigating the Social Environment in Adolescence: The Role of Social Brain Development. *Biological Psychiatry*, 89(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.012>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth edition). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Auerbach, R. P., Pagliaccio, D., Allison, G. O., Alqueza, K. L., & Alonso, M. F. (2021). Neural Correlates Associated With Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Youth. *Biological Psychiatry*, 89(2), 119–133. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.002>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Public Health*, 58(3), 469–483.
- Bechyňová, V., Bubleová, V., Dušková, Z., Dydňanská, R., Gjuričová, Š., Konvičková, M., et al. (2007). Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém. IREAS.
- Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Brom, D., Pat-Horenczyk, R., & Ford, J. D. (2009). *Treating Traumatized Children: Risk, resilience, and recovery*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Färniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*, (8). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Cisler, J. M., & Herringa, R. J. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain. *Biological Psychiatry*, 89(2), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.001>

- Davis, S., & Lewis, C. A. (2019). Addiction to Self-harm? The Case of Online Postings on Self-harm Message Boards. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 17(4), 1020–1035. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9975-8>
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), e778–e786. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0597>
- Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada.
- Dušková, Z. (2004). *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Dětské krizové centrum.
- Escelsior, A., Belvederi Murri, M., Corsini, G. P., Serafini, G., Aguglia, A., Zampogna, D., et al. (2021). Cannabinoid use and self-injurious behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 278, 85–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.020>
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Portál.
- Evans-Chase, M. (2014). Addressing Trauma and Psychosocial Development in Juvenile Justice-Involved Youth: A Synthesis of the Developmental Neuroscience, Juvenile Justice and Trauma Literature. *Laws*, 3(4), 744–758. <https://doi.org/10.3390/laws3040744>
- Fayyad, J., Cordahi-tabet, C., Yeretizian, J., Salamoun, M., Najm, C., & Karam, E. (2017). Resilience-promoting factors in war-exposed adolescents: an epidemiologic study. *European Child*, 26(2), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0871-0>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal Of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-anguita, A., et al. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015 [Online]. *Journal Of The American Academy Of Child*, 57(10), 733–741.
- Gogtay, N., Lusk, L., Greenstein, D., & Tom F. Nugent, I. (2004). Dynamic Mapping of Human Cortical Development during Childhood through Early Adulthood. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 101(21), 8174–8179. <https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>
- Gratus, J. L. (2013). Epidemiology of PTSD [Online]. U.S. Department of Veterans Affairs. <https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/epidemiology.asp>

- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 192–193.
- Hanušová, J. (2006). *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2019). Are bullying perpetration and victimization associated with adolescent deliberate self-harm? A meta-analysis. *Archives Of Suicide Research*, 23(3), 353–381. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472690>
- Kerig, P. K. (2019). Linking childhood trauma exposure to adolescent justice involvement: The concept of posttraumatic risk-seeking. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 26(3). <https://doi.org/10.1037/h0101756>
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2019). Specifika posttraumatické stresové poruchy v dětství a dospívání. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie*, 74(4), 216–219.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd.). Grada.
- Lockwood, J., Townsend, E., Daley, D., & Sayal, K. (2020). Impulsivity as a predictor of self-harm onset and maintenance in young adolescents: a longitudinal prospective study. *Journal Of Affective Disorders*, 274, 583–592. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.021>
- Matoušek, O. (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Portál.
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm:: A critical review. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 12, 177–185.
- Mclaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child*, 52(8), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- Moller, C. I., Tait, R. J., & Byrne, D. G. (2013). Deliberate Self-Harm, Substance Use, and Negative Affect in Nonclinical Samples: A Systematic Review. *Substance Abuse*, 34(2), 188–207. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.693462>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young

- adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Nackley, B. B., & Friedman, B. H. (2021). Only time will tell: Acute stress response patterns with time series analysis. *International Journal Of Psychophysiology*, 166, 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2021.05.006>
- Nagra, G. S., Lin, A., & Upthegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 241, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.103>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T., & Tomlinson, M. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11).
- Olds, D. (2005). The nurse-family partnership. In L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments*, 217–249. Guilford.
- Papachristou, E., & Flouri, E. (2020). Distinct developmental trajectories of internalising and externalising symptoms in childhood: Links with mental health and risky behaviours in early adolescence. *Journal Of Affective Disorders*, (vol. 276), 1052–1060. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.130>
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y., et al. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse And Neglect*, 67, 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry*, 89(2), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2001). *Psychologie dítěte* (Vyd. 4.). Portál.
- Platznerová, A. (2009). *Sebepoškození: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Galén.
- Porges, S. W. (2003). Social Engagement and Attachment: A Phylogenetic Perspective. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1008, 31–32.
- Pritchard, T. R., Fedchenko, C. A., & Lewis, S. P. (2021). Self-Injury Is My Drug: The Functions of Describing Nonsuicidal Self-Injury as an Addiction. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001359>
- Putnam, F. W. (2006). The Impact of Trauma on Child Development. *Juvenile And Family Court Journal*, 57(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2006.tb00110.x>

- Rozsivalová, E., Trefilová, A., & Paclt, I. (2010). Sebeпоškozování u dospívajících. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 106(4), 239–244.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Sami, H., & Hallaq, E. (2018). Nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults with prolonged exposure to violence: The effect of post-traumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 270, 510–516.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.028>
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Foran, H. M. (2015). Child Maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, 54(1), 17–32. <https://doi.org/10.1111/famp.12131>
- Sutton, J. (2005): *Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds*. How to Books.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.
- Štěpánek, P., Schmidtová, J., & Čermák, I. (2019). Vývojová traumatická porucha: Nový pohled na traumatickou zkušenost v dětství a adolescenci. *Československá Psychologie*, LXIII(1), 84–103.
- Uematsu, A., Matsui, M., Tanaka, C., Takahashi, T., Noguchi, K., Suzuki, M., et al. (2012). Developmental Trajectories of Amygdala and Hippocampus from Infancy to Early Adulthood in Healthy Individuals [Online]. *Plos One*, 7(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046970>
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Valencia-Agudo, F., Burcher, G. C., Ezpeleta, L., & Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal Of Adolescence*, 65, 25–38.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>
- Velemínský, M., Dvořáčková, O., Samková, J., Rost, M., Sethi, D., & Velemínský Jr., M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic. *Child Abuse & Neglect*, 102.
- Viana, A. G., Woodward, E. C., Raines, E. M., Hanna, A. E., & Zvolensky, M. J. (2018). The role of emotional clarity and distress tolerance in deliberate self-harm in a sample of trauma-exposed inpatient adolescents at risk for suicide. *General Hospital Psychiatry*, 50, 119–124.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.10.009>

- Vokurka, M. (2018). *Patofyziologie pro nelékařské směry* (4., upravené vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Wekerle, C., Miller, A. L., Wolfe, D. A., & Spindel, C. B. (2006). *Childhood Maltreatment*. USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Winnette, P. (2019). *Co to je ACE?: adverbní dětské zkušenosti (Adverse Childhood Experiences) a jejich vliv na sociální chování, psychické a celkové zdraví během života : v pěti bodech pro sociální pracovníky, psychology, pedagogy, rodiče, pěstouny a zaujatou veřejnost*. Natama.
- World Health Organization. (2016). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize* (Aktualizované k 15.5.2020). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zhu, J., Lowen, S. B., Anderson, C. M., Ohashi, K., Khan, A., & Teicher, M. H. (2019). Association of Prepubertal and Postpubertal Exposure to Childhood Maltreatment With Adult Amygdala Function. *Jama Psychiatry*, 76(8), 843–853. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0931>
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M., et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 57, 119–126.
- Zozulya, A. A., Gabaeva, M. V., Sokolov, O. Y., Surkina, I. D., & Kost, N. V. (2008). Personality, Coping Style, and Constitutional Neuroimmunology. *Journal Of Immunotoxicology*, 5(2), 221–225.

Seznam grafů

Graf 1: Traumatická událost	66
Graf 2: Formy sebepoškození	67
Graf 3: Frekvence sebepoškození	68
Graf 4: Trvání sebepoškození	69
Graf 5: Akutní příčiny sebepoškození	70
Graf 6: Funkce sebepoškození	71
Graf 7: Suicidální tendence	71
Graf 8: Zdroje podpory resilience.....	72
Graf 9: Věk při počátku rozvoje SP.....	73

Seznam obrázků

Obrázek 1: Psychosociálně-neurobiologický model působení traumatu na dospívající (Cisler & Herringa, 2021)	34
Obrázek 2: Cyklus záměrného sebepoškozování (Sutton, 2005 in Kriegelová, 2008)	39
Obrázek 3: Klíčové rizikové faktory sebepoškozování a suicida v dospívání (Hawton et al., 2012).....	42

Seznam zkratek

ANS	Autonomní nervový systém
APA	American Psychological Association
ACE	adverse childhood experiences (česky: adverzní dětské zkušenosti)
CAN	Child Abuse and Neglect (česky: týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte)
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice
HPA	hypothalamo-hypofyzo-adrenální
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize
MKN-11	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : jedenáctá revize
NSSI	Nonsuicidal self-injury (česky: Nonsuicidální sebe-poranění)
OR	Odds ratio
PTSP	Posstraumatická stresová porucha
SP	Sebepoškozování
WHO	World Health Organization (česky: Světová zdravotnická organizace)